|  |
| --- |
| 「指定小児慢性特定疾病医療機関」指定申請書　 |
| 保険医療機関等 | ※該当する番号を○で囲んでください。 |
| １　病院・診療所・歯科 | ２　薬局 | ３　訪問看護ステーション |
| 名称 |  |
| 所在地　 | **〒** |
| 電話番号 |  |
| コード　※１ |  | 指定年月日 | 　年　　月　　日 |
| 開設者（病院・診療所・歯科・薬局のみ記載） | 住所又は所在地 | **〒** |
| 氏名又は名称 |  |
| 標ぼうしている診療科名（病院・診療所のみ記載） |  |
| 指定訪問看護事業者（訪問看護ステーションのみ記載）※所在地には主たる事務所の所在地を記載してください | 名称 | 　 |
| 所在地 | 　**〒** |
| 代表者 | 住所 | 　 |
| 氏名 | 　 |
| 役員（開設者が法人の場合）※２ | 　役職 | 氏名 | 生年月日 | 住所 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 上記のとおり、児童福祉法第１９条の９第１項の規定による指定医療機関の指定を申請します。　　　　　　なお、申請に当たり、裏面に掲げる同法第１９条の９第２項の規定のいずれにも該当しないことを誓約します（役員含む）。年　　月　　日**開設者**住所（法人にあっては所在地）　： 氏名（法人にあっては名称及び代表者氏名）　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印**香川県知事　　殿** |
| ※１　医療機関の場合は医療機関コード，薬局の場合は薬局コード，訪問看護事業者等の場合は訪問看護ステーションコードを記載してください。※２　記載欄が不足する場合は，「別添のとおり」と記載し，役員名簿を添付してください。 |

様式第１３号



（様式第１３号）