|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 「指定小児慢性特定疾病医療機関」更新申請書 | | | | | | | | | | | | |
| 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１０第１項の規定に基づき指定医療機関として指定を更新されたく申請します。  また、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１６号



様式第１６号