

神奈川県知事殿

申請者 住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地） □□市〇〇△-△

氏名（法人にあっては名称及び代表者の氏名） 医療法人〇〇会 理事長〇〇 △△△

児童福祉法第19条の9第1項の規定により、次のとおり申請します。

なお、同条第2項各号に該当しないことを誓約します。

押印は不要です。

医療機関の種類 (該当するものに○印を付けてください。)		<input checked="" type="checkbox"/> 病院又は診療所 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 指定訪問看護事業者								
病院、 診療所 又は薬局	(フリガナ)		(イリョウハウジン〇〇カイ 〇〇クリニック)							
	名称		医療法人 〇〇会 〇〇クリニック							
	所在地		〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇△-△-△							
	電話番号		〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇							
	コード		1	2	3	4	5	6	7	
	開設者	(フリガナ)		(イリョウハウジン〇〇カイ リジチョウ〇〇 △△△)						
氏名又は名称		医療法人〇〇会 理事長〇〇 △△△								
住所又は所在地		〒〇〇〇-〇〇〇〇 □□市〇〇△-△								
電話番号		〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇								
標ぼうしている診療科名 (病院又は診療所である場合のみ記入してください。)		〇〇科、△△科								
指定訪問看護事業者	(フリガナ)									
	名称									
	主たる事務所の所在地		〒							
	電話番号									
	代表者	(フリガナ)								
		氏名								
訪問看護ステーション	住所		〒							
	(フリガナ)									
	名称									
	所在地		〒							
電話番号										
コード										
役員の職名及び氏名 (申請者が法人である場合のみ記入してください。)		職名	氏名							
		理事長	△△ 〇〇							
		理事	△□△ 〇〇							
		理事	△〇△ 〇〇							
事務担当者 (本申請書についての事務担当者を記入してください。)		部署等：〇△課 氏名：〇〇 △△△								

備考 1 「コード」の欄について、病院又は診療所である場合は医療機関コード、薬局である場合は薬局コード、指定訪問看護事業者である場合は訪問看護ステーションコードを記入してください。

2 「役員の職名及び氏名」の欄について、記入欄が不足する場合は、「別添のとおり」と記入し、役員名簿の写しを添付してください。