

指定小児慢性特定疾病医療機関指定申請書

平成 年 月 日

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

氏名（法人にあっては名称及び代表者の氏名）医療法人 会 理事長

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。



医療機関の種類 (該当するものに印を付けてください。)		病院又は診療所 ・ 薬局 ・ 指定訪問看護事業者							
病院、 診療所 又は薬局	(フリガナ) 名 称	(イリヨウハウジン カイ クリニック)							
	所 在 地	〒 市							
	電 話 番 号								
	コ - ド	1	2	3	4	5	6	7	
	開 設 者	(フリガナ) 氏 名 又 は 名 称	(イリヨウハウジン カイ リジチョウ)						
		住 所 又 は 所 在 地	〒 市						
	電 話 番 号								
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。)		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							
		住 所	〒						
	訪 問 看 護 ス テ ー シ ョ ン	(フリガナ) 名 称							
所 在 地		〒							
電 話 番 号									
	コ - 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							
		理事							
		理事							
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：	課	氏名：					

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。
 3 氏名を本人が自筆で記入したときは、押印を省略することができます。