

指定小児慢性特定疾病医療機関更新申請書

申請の種別	1 病院または診療所	2 薬局	3 指定訪問看護事業所等
医療機関等	名称	<input type="checkbox"/>	
	所在地	<input type="checkbox"/>	〒
	電話番号	<input type="checkbox"/>	
	コード	<input type="checkbox"/>	
開設者 (法人名)	住所または所在地	<input type="checkbox"/>	〒
	氏名または名称	<input type="checkbox"/>	
標ぼうしている診療科名	<input type="checkbox"/>		
役員の氏名および職名	<input type="checkbox"/>	(別紙のとおり)	
<p>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したので、書類を添えて申請します。</p> <p>なお、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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>開 設 者</p> <p>住所（法人にあっては所在地）：</p> <p>氏名（法人にあっては名称及び代表者氏名）：</p> <p style="text-align: left;">滋賀県知事</p>			

- 注1 直近の指定の申請（変更の届出を含む。）から変更がある事項に該当するものの□にレ印を記入してください。
- 2 コード欄は、医療機関の場合にあっては医療機関コード、薬局の場合は薬局コード、訪問看護事業者の場合にあっては訪問看護ステーションコードを記載してください。
- 3 標ぼうしている診療科名の欄は病院または診療所のみが小児慢性特定疾病医療に主に関係する診療科名を記入してください。
- 4 役員の氏名および職名については、役員名簿（様式任意）を添付してください。