

指定小児慢性特定疾病医療機関指定更新申請書

医療機関等	名 称	<input type="checkbox"/>	
	所 在 地	<input type="checkbox"/>	〒
	電 話 番 号	<input type="checkbox"/>	
	医療機関等コード	<input type="checkbox"/>	
開設者 (法人名)	住所又は所在地	<input type="checkbox"/>	〒
	氏名又は名称	<input type="checkbox"/>	
標ぼうしている診療科名		<input type="checkbox"/>	
役員の役職及び氏名		<input type="checkbox"/>	(別添のとおり)
<p>上記のとおり、指定医療機関の指定の更新を受けたいので、児童福祉法第19条の10第1項の規定により申請します。</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>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>(宛先)</p> <p>大津市長</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 医療機関等コード欄は、医療機関の場合にあっては医療機関コード、薬局の場合にあっては薬局コード、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入してください。
- 3 標ぼうしている診療科名欄は、病院又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 役員の職名及び氏名については、役員名簿（様式任意）を添付してください。