

第1号の2の12様式（第1条の6関係）

年 月 日

指定小児慢性特定疾病医療機関指定申請書

世田谷区長 あて

開設者 住所

氏名

（法人にあつては、主たる事務所の所在地、  
名称及び代表者氏名）

以下のとおり、児童福祉法

第19条の9第1項の規定による指定小児慢性特定疾病医療機関の指定を申請  
します。

第19条の10第1項の規定による指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の更  
新を申請します。

また、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。

新規・更新	病院・診療所 薬局 訪問看護事業者 （いずれかに○を付けてください。）			
保険医療機関等	名称			
	所在地			
	電話番号			
	医療機関コード			
開設者	氏名又は名称			
	住所 （訪問看護事業者は主たる事務所の 所在地を記載してください。）			
	代表者 （訪問看護事業者のみ 記載してください。）	住所		
		氏名		
標榜している診療科名 （薬局・訪問看護事業者は記載不要です。）				
役員名簿	職名	氏名	職名	氏名
	職名	氏名	職名	氏名
	職名	氏名	職名	氏名
	職名	氏名	職名	氏名
	職名	氏名	職名	氏名