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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人にあっては、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 |