

指定小児慢性特定疾病医療機関 指定申請書

記載例

該当するものに○をつけてください。		<input checked="" type="radio"/> 病院・診療所 <input type="radio"/> 薬局 <input type="radio"/> 訪問看護事業者		
保険医療機関等	名 称	チャイルドクリニック <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: small;">「開設届」に記載した医療機関名称等</div>		
	所 在 地	〒555-4321 愛知市愛知町1丁目2番地		
	電 話 番 号	0555-66-7777		
	医 療 機 関 コ ー ド	2319999999		
開 設 者	住 所 <small>(訪問看護事業者は主たる事務所の所在地を記載)</small>	〒666-5432 愛知市愛知町3丁目4番地		
	氏 名 又 は 名 称	医療法人チャイルド		
	生 年 月 日	※開設者法人の場合は記載不要	職 名	理事長
	代表者 <small>(訪問看護事業者のみ記載)</small>	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）		小児科、内科、外科		
役員の氏名及び職務名		(別紙)		
開設日（開設予定の場合のみ記載）				
<p>上記のとおり、児童福祉法（昭和22年法律第164号）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。</p> <p>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。</p> <p>令和5年10月30日</p> <p>開設者 住 所 (法人にあっては所在地) 〒666-5432 愛知市愛知町3丁目4番地 氏 名 (法人にあっては名称及び代表者氏名) 医療法人チャイルド 理事長 小児 太郎</p> <p>(宛先) 岡崎市長</p>				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; font-size: small;"> <ul style="list-style-type: none"> ・申請者＝開設者となります。 ・申請者が法人の場合は、事務所の所在地及び法人名とその代表者の職・氏名を記入の上、押印。 ・申請者が個人の場合は、住所・氏名を記入 </div>				

開設者が法人にあっては裏面の役員名簿に必要事項を記載すること。

別紙

役員の名及職名

申請者（法人）名（医療法人チャイルド）

氏 名	職 名
理事長	〇〇 △△
理事	〇〇 □□
理事	〇〇 ■■

※記載欄が足りない場合は別紙により役員名簿を添付すること。