

指定小児慢性特定疾病医療機関 指定申請書

保険医療機関	名称		
	所在地		
	電話番号		
	医療機関コード		
開設者	住所		
	氏名又は名称		
	代表者 (訪問看護事業者 のみ記載)	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)			
<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として指定されたく申請する。</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する。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">開設者 住所（法人にあっては所在地）</p> <p style="text-align: center;">氏名（法人にあっては名称及び代表者氏名）</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>沖縄県知事 殿</p>			

※開設者が法人の場合は裏面の役員名簿に必要事項を記載すること。

