

指定小児慢性特定疾病医療機関 指定申請書 (病院又は診療所)

保険医療機関	名称	医療法人〇〇会 〇〇病院
	所在地	〒780-〇〇〇〇 高知市〇〇町〇丁目〇番地
	電話番号	088-823-〇〇〇〇
	医療機関コード	391〇〇〇〇〇〇〇〇
開設者	住所	高知市〇〇町〇丁目〇番地
	氏名又は名称	医療法人〇〇会 理事長 高知 太郎
標榜している診療科名		内科、外科
役員の氏名及び役職名		(別紙1)
<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を受けたいので申請します。  <b>〔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。〕</b></p>		
令和 〇年 〇月 〇日		申請書の裏面(次ページ)をご確認ください。
<p>開設者</p> <p>住所 高知市〇〇町〇丁目〇番地 (法人にあっては所在地)</p> <p>氏名 医療法人〇〇会 理事長 高知 太郎 (法人にあっては名称及び代表者氏名)</p>		
高知県知事様		

指定小児慢性特定疾病医療機関 指定申請書 (薬局)

保 険 薬 局	名 称	〇〇薬局 〇〇店
	所 在 地	〒780-〇〇〇〇 高知市〇〇町〇丁目〇番地
	電 話 番 号	088-823-〇〇〇〇
	薬 局 コード	394〇〇〇〇〇〇〇〇
開 設 者	住 所	高知市〇〇町〇丁目〇番地
	氏名又は名称	株式会社〇〇 代表取締役 高知 一郎
役員の氏名及び役職名		(別紙1)

役員がない場合は「無」と記載し、別紙1は不要です。

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を受けたいので申請します。  
 [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。]

令和 〇年 〇月 〇日

申請書の裏面（次ページ）  
をご確認ください。

開 設 者

住所 高知市〇〇町〇丁目〇番地  
 (法人にあっては所在地)

氏名 株式会社〇〇 代表取締役 高知 一郎  
 (法人にあっては名称及び代表者氏名)

高 知 県 知 事 様

指定小児慢性特定疾病医療機関 指定申請書 (指定訪問看護事業者)

指定訪問看護事業者	名 称	株式会社〇〇		
	主たる事務所の所在地	〒780-〇〇〇〇 高知市〇〇町〇丁目〇番地		
	電話番号	088-823-〇〇〇〇		
	代 表 者	住 所	高知市〇〇町〇丁目〇番地	
		氏 名	代表取締役 高知 次郎	
訪問看護ステーション	名 称	訪問看護ステーション〇〇		
	所 在 地	〒780-〇〇〇〇 高知市〇〇町〇丁目〇番地		
	電話番号	088-823-〇〇〇〇		
訪問看護ステーションコード	396〇〇〇〇〇〇〇〇		役員がいない場合は「無」と記載し、別紙1は不要です。	
役員の氏名及び役職名	(別紙1)			
<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を受けたいので申請します。</p> <p><b>〔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。〕</b></p>				
令和 〇年 〇月 〇日		指定訪問看護事業者		申請書の裏面（次ページ）をご確認ください。
		所在地 高知市〇〇町〇丁目〇番地		
		名 称 株式会社〇〇		
		代 表 者 代表取締役 高知 次郎		
高 知 県 知 事 様				