

名称		<input type="checkbox"/>
所在地		<input type="checkbox"/>
電話番号		<input type="checkbox"/>
医療機関コード		<input type="checkbox"/>
病院・診療所	開設者	住所 <input type="checkbox"/>
		氏名又は名称 <input type="checkbox"/>
	標榜している診療科名 <input type="checkbox"/>	
薬局	開設者	住所 <input type="checkbox"/>
		氏名又は名称 <input type="checkbox"/>
指定訪問看護事業者	主たる事業所の所在地 <input type="checkbox"/>	
	名称 <input type="checkbox"/>	
	代表者住所 <input type="checkbox"/>	
	代表者氏名 <input type="checkbox"/>	
役員の氏名及び職名		<input type="checkbox"/> 裏面に記載

※直近の指定申請又は変更届出から変更がある事項に☑を記載すること。

※変更の有無に関わらず、該当項目はすべて記載すること。

児童福祉法第19条の10第1項の規定に基づき、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、児童福祉法第19条の9第2項各号のいずれにも該当しないことを誓約します。

年 月 日

(宛先)寝屋川市長

開設者又は指定訪問看護事業者

住所:

(法人にあっては、所在地)

氏名:

(法人にあっては、名称及び代表者氏名)

