

名称	
所在地	
電話番号	
医療機関コード	

病院・診療所	開設者	住所	
		氏名又は名称	
	標榜している診療科名		
薬局	開設者	住所	
		氏名又は名称	
指定訪問看護事業者	主たる事業所の所在地		
	名称		
	代表者住所		
	代表者氏名		

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。

申請する医療機関は、健康保険法第63条第3項第1号に規定する保険医療機関又は保険薬局、若しくは、健康保険法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者です。

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:

(法人にあつては、所在地)

氏名:

(法人にあつては、名称及び代表者氏名)

※開設者又は指定訪問看護事業者が法人にあつては、裏面の役員名簿に必要事項を記載すること。

(裏面)

役員名簿

役職	氏名

※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。