

指定小児慢性特定疾病医療機関指定申請書

該当するものに○をつけてください。		<input checked="" type="checkbox"/> 病院・診療所	<input type="checkbox"/> 薬局	<input type="checkbox"/> 訪問看護事業者
保険医療機関等	名称	○○○○○クリニック		
	所在地	(〒163-0023 東京都新宿区西新宿2-△-×)		
	電話番号	03-5321-△△△△		
	医療機関コード	○○○○○○○○○○○○		
	開設日	令和 ○○ 年 ○ 月 ○ 日		
開設者	(〒 -)			
役員名簿	<p>更新の場合は、開設者、役員名簿、標榜している診療科名は記入不要です。</p> <p>ただし、お届けの内容と変更がある場合には、この「<u>指定小児慢性特定疾病医療機関指定申請書</u>」と併せて、「<u>指定小児慢性特定疾病医療機関変更届</u>」(ホームページからダウンロードしてください)を御提出願います。</p>			
標榜し				
(薬局・訪問)				
<p>上記のとおり指定小児慢性特定疾病医療機関指定申請書</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○年○○月○○日</p> <p>開設者 住所(法人にあつては所在地) 〒163-0023 新宿区西新宿二丁目△番×号 氏名(法人にあつては名称及び代表者氏名) ○○○○○クリニック 東京 太郎</p> <p>東京都知事 殿</p>				

医療機関名称
所在地
医療機関コード
電話番号は変更がなくても記載してください

更新の場合は、開設者、役員名簿、標榜している診療科名は記入不要です。

ただし、お届けの内容と変更がある場合には、この「指定小児慢性特定疾病医療機関指定申請書」と併せて、「指定小児慢性特定疾病医療機関変更届」(ホームページからダウンロードしてください)を御提出願います。

※ 今後、東京都からのお知らせを御案内する場合のメールアドレス記載してください。

【メールアドレス】 S0000@△△△.□□□.jp