**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。 | | | 病院・診療所　　　　薬局　　　　訪問看護事業者 | | | |
| 保険医療機関等 | 名称 | | |  | | |
| 所在地 | | | （〒　　　－　　　　） | | |
| 電話番号 | | |  | | |
| 医療機関コード | | |  | | |
| 開設日 | | | 年　　　　月　　　　日 | | |
| 開設者 | 住所 | | | （〒　　　－　　　　） | | |
| 氏名又は名称 | | |  | | |
| 電話番号 | | |  | | |
| 役員名簿 | 役職 | 氏名 | | | 役職 | 氏名 |
| 役職 | 氏名 | | | 役職 | 氏名 |
| 役職 | 氏名 | | | 役職 | 氏名 |
| 標している診療科名  （薬局・訪問看護事業者は記載不要） | | | |  | | |
| 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の指定を申請します。  　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。  　　　　　年　　月　　日    開設者  　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）    東京都知事　殿 | | | | | | |