

指定小児慢性特定疾病医療機関 更新申請書 (薬局)

保険医療機関	名称		
	所在地		〒 -
	電話番号		
	医療機関 コード		
開設者	住所		〒 -
	氏名又は 名称		
役員の氏名又は職名			裏面のとおり (開設者が法人の場合のみ)
<p>児童福祉法 (昭和 2 2 年法律第 1 6 4 号) 第 1 9 条の 1 0 第 1 項の規定による指定小児慢性特定疾病医療機関について、指定の更新を申請します。</p> <p>また、同法第 1 9 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>年 月 日</p> <p style="text-align: center;">開設者 住所 (法人にあっては所在地) 〒 -</p> <p style="text-align: center;">氏名 (法人にあっては名称及び代表者氏名)</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>大阪市長 あて</p>			

全ての事項について記載し、そのうち直近の指定の申請 (変更届出含む) から変更がある事項に を付すること。

