

指定小児慢性特定疾病医療機関指定申請書（新規・更新）

年 月 日

（あて先）

川口市長

開設者・事業者の代表者

住所又は所在地 〒

氏名又は名称

⑩

電話番号

児童福祉法施行規則第1項から第3項の規定により、指定小児慢性特定疾病医療機関の指定（指定の更新）を受けたいので次のとおり申請します。また、申請に当たり、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。

種別(該当するものに○を付すこと。)	病院 診療所 薬局 指定訪問看護事業者		
名 称			
所 在 地	〒		
電 話 番 号			
医 療 機 関 コ ー ド			
標ぼうしている診療科名 (病院・診療所のみ記載)			
役員の名氏及び職名	氏 名	職 名	

注 「開設者・事業者の代表者」について、指定訪問看護事業者にあつては、主たる事務所の所在地及び名称並びに当該事業者の代表者の住所及び氏名を記入すること。