様式１

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○印を記入 | | | 病院・診療所　　　薬局　　　指定訪問看護事業者 |
| 保険医療機関  又は  訪問看護ステーション | 名称 | |  |
| 所在地 | |  |
| 電話番号 | |  |
| 医療機関コード | |  |
| 病院・診療所若しくは薬局の場合は開設者  又は  指定訪問看護事業者 | 住所（指定訪問看護事業者は主たる事務所の所在地） | |  |
| 氏名又は名称 | |  |
| 代表者  （※指定  訪問看護事業者のみ記入） | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 標榜している診療科名（※薬局及び  指定訪問看護事業者は記入不要） | | |  |
| 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として指定されたく申請する。  　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する。  　　　　年　　月　　日  　病院･診療所､薬局の開設者又は指定訪問看護事業者  住所及び氏名（法人にあっては所在地､名称及び代表者氏名･代表者印）  　　　　　　 　　　 印  佐 賀 県 知 事　 様 | | | |

※児童福祉法第１９条の９第２項の規定は、本申請書の裏面を確認してください。

添付書類：別紙１　役員名簿（氏名・職名・生年月日・住所）

