

指定小児慢性特定疾病医療機関 更新申請書（訪問看護事業者）

訪問看護ステーション	名称	<input type="checkbox"/>		
	所在地	<input type="checkbox"/>	〒	
	電話番号	<input type="checkbox"/>		
	医療機関コード	/		
訪問看護事業者	名称	<input type="checkbox"/>		
	主たる事業所の所在地	<input type="checkbox"/>	〒	
	代表者	住所	<input type="checkbox"/>	〒
		氏名	<input type="checkbox"/>	
役員の氏名 又は職名		<input type="checkbox"/>	(裏面)	
<p>上記のとおり、児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）第 19 条の 10 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を更新されたく申請する。</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する。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: center;">訪問看護事業者 住所（法人にあつては所在地）</p> <p style="text-align: center;">氏名（法人にあつては名称及び代表者氏名）</p> <p>大阪府知事 様</p>				

- 備考 1 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。
- 2 変更の無い項目についても全て記載すること。
- 3 開設者が法人にあつては裏面の役員名簿に必要事項を記載すること。

