

指定小児慢性特定疾病医療機関 更新申請書 (薬局)

保険薬局	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		
開設者	住所	<input type="checkbox"/>	〒
	氏名又は 名称	<input type="checkbox"/>	
役員の氏名又は職名		<input type="checkbox"/>	(裏面)

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。

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

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)

大阪府知事 様

- 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 開設者が法人にあっては裏面の役員名簿に必要事項を記載すること。

