

指定小児慢性特定疾病医療機関 指定申請書 (病院・診療所)

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	
標榜している診療科名		
<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 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。</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>開設者 住所（法人にあつては所在地）</p> <p>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 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。

