

# 記入例

## 小慢 指定医療機関

該当するものに○印をつけてください。

### 児童福祉法に規定する 指定小児慢性特定疾病医療機関 指定申請書(新規)

医療機関等	種別	<input checked="" type="radio"/> ① 病院                      2 診療所                      3 薬局 4 指定訪問看護事業者										
	施設名称	医療法人〇〇会□□□医院										
	所在地	〒737-XXXX										
		広島県 呉市中央〇丁目△-△										
	電話番号	0823-25-XXXX										
	コード※1	3	4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	管理者氏名	呉市 太郎										
	標榜する診療科名	XXX科, △△△科, ○○科										
開設者が法人の場合は 役員の職・氏名 ※2	職名	氏名										
	理事長	呉市 太郎										
	理事	呉市 二郎										
	理事	呉市 花子										
	理事	大和 一郎										

書ききれない場合は「別紙のとおり」と記入の上、役員名簿を添付してください。

児童福祉法に規定する指定小児慢性特定疾病医療機関に指定してください。  
 なお、同法第19条の9第2項の規定（裏面参照）のいずれにも該当しないことを誓約します。  
 平成27年11月〇〇日

申請書の裏面を確認してください。

法人の場合は、法人印を押印してください。

開設者の住所及び氏名  
 （法人の場合は主たる事務所の所在地、名称及び代表者（職・氏名））

呉市中央〇丁目△-△  
 医療法人〇〇会 理事長 呉市 太郎

呉市長 様

印

※1 「コード」欄は、医療機関の場合は医療機関コード、薬局の場合は薬局コード、訪問看護事業者の場合は訪問看護ステーションコードを記入してください。

※2 「役員の職・氏名」欄が不足する場合は、「別紙のとおり」と記入のうえ、役員名簿を添付してください。