

年 月 日

指定小児慢性特定疾病医療機関指定申請書

（あて先）長崎市長

開設者

氏名又は名称



児童福祉法第19条の9第1項の規定により、指定小児慢性特定疾病医療機関の指定を受けたいので、次のとおり申請します。

また、同法第19条の9第2項各号の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。

保 険 薬 局	名 称	
	所 在 地	
	医療機関コード	
開 設 者	住 所	
	氏名又は名称	

備考

- 1 役員名簿を添付してください。
- 2 記名押印に代えて署名することができます。

