第１号様式の１８（第２条の１６関係）

　年　　　月　　　日

指定小児慢性特定疾病医療機関指定更新申請書

（あて先）長崎市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地又は住所

開設者等の氏名又は名称

　　　児童福祉法第19条の10第1項の規定により、指定小児慢性特定疾病医療機関の

指定の更新を受けたいので、次のとおり申請します。

　　　【指定医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】

|  |  |
| --- | --- |
| 変更のあった事項 | 変更の内容 |
| １ | 指定小児慢性特定疾病医療機関の名称 | （変更前）（変更後） |
| ２ | 指定小児慢性特定疾病医療機関の所在地 |
| ３ | 医療機関コード |
| ４ | 開設者又は代表者の所在地又は住所 |
| ５ | 開設者又は代表者の氏名又は名称 |
| ６ | 標ぼうしている診療科名 |
| ７ | 役員の氏名又は職名 |
| ８ | 指定訪問看護事業者の名称又は主たる事務所の所在地 |

　備考

　　１　指定小児慢性特定疾病医療機関指定通知書の写しを添付してください。

　　２　該当項目番号に○を付してください。

　　３　記名押印に代えて署名することができます。

　　４　本様式は、必要としない事項を省略することができる。

別紙

役員の氏名及び職名

申請者（法人）名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 　　　　　　　(ふりがな)氏　　　名 | 職　　　名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |