

記載例

指定小児慢性特定疾病医療機関指定申請書
(病院又は診療所)

保険医療機関	名称	〇〇〇診療所
	所在地	〒816-0804 春日市原町×丁目×番地 (電話番号：092-×××-××××)
	医療機関コード	×××××××
開設者	住所	〒810-0001 福岡市中央区天神×番×号
	氏名又は名称	医療法人〇〇会
標榜している診療科目		〇〇〇科
役員の氏名及び職名		(別紙1)

福岡県の管轄地域（北九州市、福岡市及び久留米市を除く）の医療機関の名称等を記載。

○開設者が法人の場合、法人の所在地及び名称を記載（法人登記に準じる）
○開設者が個人の場合、開設者の住所、氏名を記載

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。

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。

平成××年 ×月 ×日

申請書の裏面をご覧ください。

一致します

開設者
住所 福岡市中央区天神×番×号
氏名又は名称 医療法人〇〇会

印

福岡県知事 殿

法人の場合は法人印を押してください。