

指定医療機関指定申請書（更新用）

年 月 日

（宛先）川崎市長

申請者（開設者又は事業者）

住 所

氏 名

（法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名）

川崎市難病の患者に対する医療等に関する法律施行細則第14条の規定により、次のとおり申請します。  
 なお、難病の患者に対する医療等に関する法律第14条第2項各号の規定に該当しないことを誓約します。

医療機関の種類 (該当するものに○印を付けてください。)		1 病院又は診療所	2 薬局	3 指定訪問看護事業者等	
病院、診療所又は薬局	フリガナ				
	所在地				
	電話番号				
	コード				
	開設者	フリガナ氏名又は名称			
		住所又は所在地			
		電話番号			
標ぼうしている診療科名 (病院又は診療所の場合のみ記入)					
指定訪問看護事業者等	フリガナ				
	主たる事務所の所在地				
	電話番号				
	代表者	フリガナ氏名			
		住所			
	訪問看護ステーション等	フリガナ			
		所在地			
		電話番号			
コード					
役員の職名及び氏名 (申請者が法人の場合のみ記入)		職名	氏名		

備考1 「コード」の欄は、病院又は診療所である場合は医療機関コード、薬局である場合は薬局コード、指定訪問看護事業者等である場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号を記入してください。

2 役員の職名及び氏名について、指定記入欄で書ききれない場合は役員名簿の写しを添付してください。