第１９号様式

指定小児慢性特定疾病医療機関　更新申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 該当するものに○をつけてください。 | | 病院・診療所　　　　　薬局　　　　　訪問看護事業者 | |
| 保険医療機関等 | 名称 |  |  |
| 所在地 |  |  |
| 医療機関  コード |  |  |
| 開設者 | 住所 |  |  |
| 氏名又は  名称 |  |  |
| 標榜している診療科名  （薬局・訪問看護事業者は不要） | |  |  |
| 役員の氏名又は職名 | |  | （別紙１） |
| 上記のとおり、児童福祉法（昭和22年法律第164号）第19条の10第１項の規定に基づき指定小児慢性特定疾病医療機関として指定を更新されたく申請します。  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します。  　　　　年　　月　　日  開　　設　　者  氏名又は名称  （宛先）川崎市長 | | | |

※すべての項目について記載し、変更がある事項に☑を付すること。

（別紙１）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 | 職　　名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|

※　記載欄が足りない場合は別紙により役員名簿を添付すること。

