

指定小児慢性特定疾病医療機関指定申請書

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	〇〇〇〇〇クリニック	
	所在地	(〒163-0023 東京都新宿区西新宿2-△-×	
	電話番号	03-5321-△△△△	
	医療機関コード	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	
	開設日	令和 〇〇 年 〇 月 〇 日	
開設者	(〒 -)		
	更新の場合は、記入不要です。 ただし、お届けの内容と変更がある場合には、「指定小児慢性特定疾病医療機関変更届」(ホームページからダウンロードしてください)を御提出願います。		
役員名簿	役員		
	役員		
	役職		
標榜している診療科名 (薬局・訪問看護事業者は記載不要)	小児科		
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の指定を申請します。 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。 令和2年10月〇〇日 開設者 住所(法人にあつては所在地) 〒163-0023 新宿区西新宿二丁目△番×号 氏名(法人にあつては名称及び代表者氏名) 〇〇〇〇〇クリニック 東京 太郎 印 東京都知事 殿			

※ 今後、東京都からのお知らせを御案内する場合のメールアドレスを記載してください。

【メールアドレス】 S〇〇〇@△△△.□□□.jp