第１号様式の１５（第２条の１５関係）

年　　　月　　　日

指定小児慢性特定疾病医療機関指定申請書

（あて先）長崎市長

開設者

氏名又は名称

　　　児童福祉法第19条の9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を受けたいので、次のとおり申請します。

　　 また、同法第19条の9第2項各号の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保険薬局 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 医療機関コード |  |
| 開設者 | 住所 |  |
| 氏名又は名称 |  |

備考

１　役員名簿を添付してください。

２　記名押印に代えて署名することができます。

　　 ※薬局の概要（任意様式）を添付してください。

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 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |