第１号様式の１６（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

代表者

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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 訪問看護ステーション | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 医療機関コード |  |
| 指定訪問看護事業者 | 名称 |  |
| 主たる事務所の所在地 |  |
| 代表者 | 住所 |  |
| 氏名 |  |

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。

※指定訪問看護事業者や訪問看護ステーションの概要（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 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |