様式第１５号（第１３条関係）

指定小児慢性特定疾病医療機関　指定申請書（薬局）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保険医療機関 | 名称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 医療機関コード |  |
| 開設者 | 住所 |  |
| 氏名又は名称 |  |
| 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として指定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 開設者住所（法人にあっては所在地）氏名（法人にあっては名称及び代表者名）（宛先）松本市長 |
| 担当課 |  | 担当者名 |  |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |

開設者が法人にあっては、裏面の役員名簿に必要事項を記載すること。

（裏面に続く）

（裏面）

役員の氏名及び職名

申請者（法人）名（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

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