様式１７号（第１５条関係）

指定小児慢性特定疾病医療機関　更新申請書（病院・診療所））

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | □ |  |
| 標榜している診療科名 | | □ |  |
| 役員の氏名又は職名 | | □ |  |
| 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  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 | | | |

※　直近の指定の申請（変更届出含む。）から変更がある事項に☑を付すること。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当課 |  | 担当者名 |  |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |

（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 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |