様式第11号（第８条関係）

（表面）

**指定小児慢性特定疾病医療機関　指定申請書（薬局）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名称 | |  | |
| 所在地 | | 〒 | |
| 電話番号 | |  | |
| 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の指定を申請します。  申請する医療機関は、健康保険法（大正１１年法律第７０号）第６３条第３項第１号に規定する保険薬局です。  　また、児童福祉法第１９条の９第２項各号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、名称及び代表者氏名）      （宛先）枚方市長 | | | |

**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）

**役員名簿**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 役職 | 氏名 | 生年月日 | 住所 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

　記載欄が足りない場合は、別紙により役員名簿を添付すること。