

（表面）

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	☐	〇〇〇クリニック	直近の指定の申請（変更届出を含む。）から、 医療機関コードの変更がある場合は、更新申請書ではなく、【休止等届】及び【指定申請書】の提出が必要です。
	所在地	☐	〒573-〇〇〇〇 枚方市●●丁目〇番〇号	
	医療機関コード		27124△△△△△	
開設者	住所	☐	〇〇市△△丁目〇番×号	
	氏名又は 名称	☐	医療法人〇〇会 〇〇〇クリニック	
標榜 ^{ぼう} している診療科名		☐	小児科、〇〇科	直近の指定の申請（変更届出を含む。）から 変更がある事項に☑を付し、変更後の内容を記入してください。また、別紙【変更届出書】等の提出が必要です。
役員の氏名及び職名		☒	裏面に記入	

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の指定の更新を申請します。

また、同法第 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。

令和□年 〇月 △△日

開設者

住所（法人にあっては、所在地）

〇〇市△△丁目〇番×号

氏名（法人にあっては、名称及び代表者氏名）

医療法人〇〇会 〇〇〇クリニック

（宛先）枚方市長

署名または押印をお願いします。

※直近の指定の申請（変更届出を含む。）から変更がある事項に☑を付し、その内容を記入すること。

(裏面)

役員の氏名及び職名

申請者（法人）名（ 医療法人〇〇会 〇〇〇クリニック ）

[illegible]