

様式19-4号 指定小児慢性特定疾病医療機関 更新申請書(病院・診療所)

変更箇所を黄色にしてください

申請件数 計 () 件

番号	医療機関コード	名称	郵便番号	所在地	電話番号	診療科目	開設者 (氏名又は名称)	開設者の住所又は所在地	役員の職・氏名
例	12-3456	医療法人○○会○○クリニック	123-4567	○○市○○町○丁目○番○号	12-3456-7890	内科、外科	医療法人○○会 理事長 山田 太郎	〒123-4567 ○○市○○町○丁目○番○号	理事長 山田 太郎 理事 山田 花子 : ※1
1									
2									
3									
4									
5									
6									

上記の通り、児童福祉法(昭和22年法律第164号)第19条の10第1項の規定による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する。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する。

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)

大阪府知事 様

注1:役員の職・氏名がセルに入りきらない場合は別紙にご記入ください。また機関ごとに役員が異なる場合はシートを複写してご使用ください。

注2:7機関以上を同時申請される場合は別シートにご記入ください

樣式19-4号 指定小兒慢性特定疾病医療機関 更新申請書(病院・診療所)

変更箇所を黄色にしてください

別紙

役員の職及び氏名

申請者（法人）名（ ）