

記載例

様式第4号

札幌市指定小児慢性特定疾病医療機関更新申請書

該当するものに○をつけてください。		病院・診療所		薬局	指定
保険医療機関	名称	<input type="checkbox"/>	〇〇〇〇医院		
	所在地	<input type="checkbox"/>	〒△△△-□□□□ 電話番号 札幌市中央区〇条〇丁目		
	医療機関コード	<input type="checkbox"/>	■■■■■■■■		
開設者 又は指定訪問	住所	<input checked="" type="checkbox"/>	〒▲▲▲-■■■■ 電話番号 011-▲▲▲-●●●● 札幌市北区〇条〇丁目〇番〇号		
	氏名又は	<input type="checkbox"/>	札幌 太郎		
※1	医療機関の名称、所在地、開設者等の全ての事項を記載の上、直近の指定の申請(変更届出含む)から変更がある事項にチェックをしてください。	<input type="checkbox"/>	住所		
		<input type="checkbox"/>	氏名		
		<input type="checkbox"/>	診療科目	内科	
		<input type="checkbox"/>	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。 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。					
令和2年10月14日					
あて先) 札幌市長					
開設者 住所(法人にあっては所在地): 札幌市北区〇条〇丁目〇番〇号					
氏名(法人にあっては名称及び代表者氏名): 札幌 太郎					
印					

医療機関コードの変更がある場合は新規申請の扱いとなります。
提出された「更新申請書(様式第4号)」を新規申請書とみなします。

医療機関の名称、所在地、開設者等の全ての事項を記載の上、直近の指定の申請(変更届出含む)から変更がある事項にチェックをしてください。

法人の場合は法人の所在地及び名称、個人の場合は自宅の住所を記載してください。

法人の場合は法人印、個人の場合は私印を押印してください。

※1 全ての項目を記載の上、直近の指定の申請(変更届出含む)から変更がある事項の□の中にレ印を付してください。
※2 記載欄が不足する場合は、「別添のとおり」と記載し、役員名簿を添付してください。