

# 記入例

様式第2号の6（第2条の8、第2条の9関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

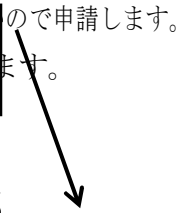
静岡県指定小児慢性特定疾病医療機関番号（更新の場合のみ記入してください。）

2	2	1	0	0	0	0	※	※	※
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

## 指定小児慢性特定疾病医療機関指定（指定更新）申請書（病院・診療所）

保険医療機関	医療機関コード	2	2	1	※	※	※	※	※	※	※
	名称	〇〇クリニック									
	所在地	郵便番号（****-****） ××市×××丁目××番×号									
	連絡先	電話番号	〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇								
	電子メールアドレス	×××@××.××.jp									
開設者	住所 <small>（法人にあつては、主たる事務所の所在地）</small>	郵便番号（****-****） ××市×××丁目××番×号 電話番号（〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇）									
	氏名 <small>（法人にあつては、その名称）</small>	医療法人社団△△会									
	代表者の職氏名 <small>（法人の場合に限る。）</small>	理事長 静岡 太郎									
標ぼうしている診療科名		内科、小児科									
役員の職氏名	別紙のとおり	添付書類	保険医療機関指定通知書の写し								
<p>上記のとおり、児童福祉法</p> <p><input type="checkbox"/> 第19条の9第1項の規定により、指定小児慢性特定疾病医療機関として指定を受けたいので申請します。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 第19条の10第1項の規定により、指定小児慢性特定疾病医療機関として申請します。</p> <p>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ません。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>開設者氏名 医療法人社団△△会 <small>（法人にあつては、その名称及びその代表者の職氏名）</small> 理事長 静岡 太郎</p> <p>担当者 氏名（ 静岡 次郎 ） 連絡先（ 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 ）</p> <p>静岡県知事 様</p>											

R3.4.1以降  
押印不要



(注)

1 「保険医療機関」の「名称」記載欄には、正式名称を記入してください。

~~2 申請種別に応じて日の中に点を付してください。~~

**記入例**

(別紙)

個人で開設している場合は記入不要

役員の氏名及び職名

申請者（法人）名（ **医療法人社団△△会** ）

氏 名	職 名
静岡 太郎	理事長
静岡 次郎	理事
静岡 三郎	理事