

様式第10号の14（第4条の6関係）

指定小児慢性特定疾病医療機関指定申請書（指定訪問看護事業者用）

訪問看護 ステーション	名 称		
	所 在 地		
	医療機関コード		
指定訪問看護 事業者	名 称		
	主たる事務所の所在地		
	代 表 者	住 所	
		氏 名	
<p>上記のとおり、児童福祉法第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受けたいので、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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">氏名又は名称 代 表 者 ⑩</p> <p>（宛先）高松市長</p>			

添付書類

役員名簿（氏名・職名）