

様式第10号の16（第4条の6関係）

指定小児慢性特定疾病医療機関更新申請書（薬局用）

保険薬局	名 称	<input type="checkbox"/>	
	所 在 地	<input type="checkbox"/>	
	医療機関コード		
開 設 者	住 所	<input type="checkbox"/>	
	氏名又は名称	<input type="checkbox"/>	
役員の氏名又は職名		<input type="checkbox"/>	
<p>児童福祉法第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の更新を受けたいので、上記のとおり、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;">開 設 者 氏名又は名称 ㊟</p> <p>（宛先）高松市長</p>			

注(1) 直近の指定の申請（変更の届出を含む。）から変更がある事項に☑を付すること。

(2) 役員の氏名又は職名に変更がある場合は、役員名簿（氏名・職名）を添付すること。

(3) 医療機関コードに変更がある場合は、更新申請書ではなく、新医療コードのための

「指定申請書」と旧医療機関コードの指定にかかる「廃止届」の提出が必要です。

