

様式第10号の13（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（薬局用）

保険薬局	名 称	
	所 在 地	
	医療機関コード	
開 設 者	住 所	
	氏名又は名称	
<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>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">開 設 者 氏名又は名称</p> <p style="text-align: right;">Ⓜ</p> <p>（宛先）高松市長</p>		

添付書類

役員名簿（氏名・職名）