様式第16-2号

指定小児慢性特定疾病医療機関　更新申請書（薬局）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保険医療機関 | 名称 |  |  |
| 所在地 |  |  |
| 医療機関コード |  |  |
| 開設者 | 住所 |  |  |
| 氏名又は名称 |  |  |
| 役員の氏名又は職名 |  | 　（別紙１） |
| 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項の規定に基づき指定小児慢性特定疾病医療機関として指定を更新されたく申請する。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する。　　　　年　　月　　日 　開　　設　　者 氏名又は名称 　　　 　  　盛岡市長　様 |

※直近の指定の申請（変更届出含む）から変更がある事項に☑を付すること。



（別紙１）

役員の氏名及び職名

申請者（法人）名（　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 | 職　　名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|