

記載例

指定小児慢性特定疾病医療機関指定申請書
(薬局)

保険薬局	名称	〇〇〇薬局
	所在地	〒816-0804 春日市原町×丁目×番地 (電話番号：092-×××-××××)
	医療機関等コード	×××××××
開設者	住所	〒810-0001 福岡市中央区天神×番×号
	氏名又は名称	医療法人〇〇会
役員の氏名及び職名		(別紙1)

福岡県の管轄地域（北九州市、福岡市及び久留米市を除く）の薬局の名称等を記載。

○開設者が法人の場合、法人の所在地及び名称を記載（法人登記に準じる）
○開設者が個人の場合、開設者の住所、氏名、生年月日及び職名を記載

上記のとおり、児童福祉法（昭和22年法律第164号）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として指定されたく申請する。

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。

平成××年 ×月 ×日

申請書の裏面をご覧ください。

一致します

開設者
住所 福岡市中央区天神×番×号
氏名又は名称 医療法人〇〇会 印

法人の場合は法人印を押してください。

福岡県知事 殿