

様式第3 - (2)

## 指定小児慢性特定疾病医療機関 更新申請書 (薬局)

保険薬局	名 称	<input type="checkbox"/>	
	所 在 地	<input type="checkbox"/>	〒 (電話番号 )
	薬 局 コ ー ド	<input type="checkbox"/>	
開 設 者	住 所	<input type="checkbox"/>	〒
	氏名又は名称	<input type="checkbox"/>	
役員の氏名及び職名		<input type="checkbox"/>	(別紙1)
<p>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。</p> <p>甲府市長 様 <span style="float: right;">年 月 日</span></p> <p style="text-align: center;">開 設 者 住 所 氏名又は名称 <span style="float: right;">印</span></p>			

※直近の指定の申請（変更届出含む）から変更がある事項の□の中にレ印を付すること。

