

別記第10号様式

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"/>	
	医 療 機 関 コ ー ド	<input type="checkbox"/>	
開 設 者	住 所	<input type="checkbox"/>	
	氏名または 名 称	<input type="checkbox"/>	
役員の名または職名		<input type="checkbox"/>	(裏面)
<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します。 また，同法第19条の9第2項の規定にいずれ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 氏名または名称</p> <p>函館市長 様</p>			

※直近の指定の申請（変更届含む）から変更がある事項に☑を付すること。

