（その２）

指定小児慢性特定疾病医療機関　指定更新申請書（薬局）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保険薬局 | フリガナ | □ |  |
| 名称 |  |
| 所在地 | □ | 〒 |
| 電話番号 | □ |  |
| 薬局コード | □ |  |
| 開設者 | 住所 | □ | 〒 |
| 氏名又は名称 | □ |  |
| 役員の氏名及び職名 | | □ | 別紙のとおり |
| その他の事項 | | □ | 別紙のとおり |
| ※直近の指定の申請（変更届出を含む。）から変更がある事項に☑をしてください。 | | | |
| 備考 |  | | |
| 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項各号のいずれにも該当しないことを誓約します（役員含む。）。  　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　開設者  　　　　　　　　　　　　　　　住所（法人にあっては主たる事務所の所在地）  　　　　　　　　　　　　　　　氏名（法人にあっては名称及び代表者の氏名）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  （宛先）松山市長 | | | |

（裏面あり）



（別紙）

変更のあった役員の氏名及び職名

申請者（法人）名（　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 変更前 | | 変更後 | |
| 氏名 | 役職 | 氏名 | 役職 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

　その他の変更事項

|  |  |
| --- | --- |
| 変更前 | 変更後 |
|  |  |