

該当するものに○をつけてください	難病 小児慢性特定疾病	病院・診療所	薬局	訪問看護事業者等
保険医療機関等	名称	〇〇薬局△△店		
	所在地	松江市△△町1234番地		
	電話番号	0852-12-3456		
	医療機関コード（※）	0100000		
開設者	住所又は所在地	松江市□□町5678番地		
	氏名又は名称	株式会社××		
	代表者 （訪問看護事業者等のみ記載）	住所		
		氏名		
標榜している診療科名 （薬局・訪問看護事業者は記載不要）				
役員の名及び職名（開設者が法人の場合）				
氏名	職名	氏名	職名	
〇〇 〇〇	代表取締役			
□□ □□	取締役			
上記のとおり、 ・難病の患者に対する医療等に関する法律第14条第1項の規定による指定医療機関 ・児童福祉法第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、 ・難病の患者に対する医療等に関する法律第14条第2項 ・児童福祉法第19条の9第2項 の規定に該当しないことを誓約する。  〇〇年△△月□□日 開設者氏名（法人にあつては名称及び代表者氏名）  株式会社×× 代表取締役社長 〇〇 〇〇				
島根県知事 様				

※ 訪問看護事業者等の場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号を記載してください。