

記載例

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
直近の指定の申請（変更届出含む）から変更がある事項に☑をしてください				
保険医療機関等	名称	<input type="checkbox"/>	〇〇診療所	
	所在地	<input checked="" type="checkbox"/>	出雲市△△町56番地	
	電話番号	<input checked="" type="checkbox"/>	0852-12-3456	
	医療機関コード	<input type="checkbox"/>	3210987654	
変更箇所に チェック 開設者	住所	<input type="checkbox"/>		
	氏名又は名称	<input type="checkbox"/>		
	代表者 (訪問看護事業者等のみ記載)	住所 氏名	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
標榜している診療科名 (薬局・訪問看護事業者は記載不要)		<input checked="" type="checkbox"/>	内科、皮膚科	
役員の名前及び職名（開設者が法人の場合） <input type="checkbox"/>				
氏名	職名	氏名	職名	
<p>上記のとおり、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・難病の患者に対する医療等に関する法律第15条第1項の規定に基づき指定医療機関 ・児童福祉法第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 <p>として指定を更新されたく申請する。また、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>の規定に該当しないことを誓約する。</p> <p>平成27年〇〇月△△日</p> <p>開設者氏名（法人にあつては名称及び代表者氏名）</p> <p>医療法人××会 理事長 〇〇 〇〇</p> <p>島根県知事 様</p> <p>理事×医療法人 長×会 印</p>				