

**記載例**

|  |                       |                     |           |          |
|--|-----------------------|---------------------|-----------|----------|
| 該当するものに○をつけてください   | <b>難病</b><br>小児慢性特定疾病 | 病院・診療所              | <b>薬局</b> | 訪問看護事業者等 |
| 保険医療機関等  | 名称                    | <b>〇〇薬局△△店</b>      |           |          |
|  | 所在地                   | <b>松江市△△町1234番地</b> |           |          |
|  | 電話番号                  | <b>0852-12-3456</b> |           |          |
|  | 医療機関コード（※）            | <b>0100000</b>      |           |          |
| 開設者  | 住所又は所在地               | <b>松江市□□町5678番地</b> |           |          |
|  | 氏名又は名称                | <b>株式会社××</b>       |           |          |
|  | 代表者<br>（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<br>（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        |          |
| <b>〇〇 〇〇</b>   | <b>代表取締役</b>          |                     |           |          |
| <b>□□ □□</b>   | <b>取締役</b>            |                     |           |          |
|  |                       |                     |           |          |
|  |                       |                     |           |          |
|  |                       |                     |           |          |
| <p>上記のとおり、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・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</li> </ul> <p>として指定されたく申請する。また、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・難病の患者に対する医療等に関する法律第14条第2項</li> <li>・児童福祉法第19条の9第2項</li> </ul> <p>の規定に該当しないことを誓約する。</p> <p>平成<b>26</b>年〇〇月△△日<br/>開設者氏名（法人にあつては名称及び代表者氏名）</p> <p style="text-align: center;"><b>株式会社××</b><br/><b>代表取締役社長</b>    <b>〇〇 〇〇</b></p> <p style="text-align: right;">取<br/>締<br/>役<br/>印    株<br/>式<br/>会<br/>社<br/>代<br/>表</p> <p>島根県知事 様</p> |                       |                     |           |          |

※ 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。