

神奈川県知事殿

申請者 住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地） □□市〇〇△-△

氏名（法人にあっては名称及び代表者の氏名） 医療法人〇〇会 理事長〇〇 △△△

児童福祉法第19条の9第1項の規定により、次のとおり申請します。

なお、同条第2項各号に該当しないことを誓約します。

押印は不要です。

医療機関の種類 (該当するものに○印を付けてください。)		病院又は診療所 ・ 薬局 ・ 指定訪問看護事業者							
病院、 診療所 又は薬局	（フリガナ） 名 称	(イリョウホウジン〇〇カイ 〇〇クリニック) 医療法人〇〇会 〇〇クリニック							
	所 在 地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 □□市〇〇△-△-△							
	電 話 番 号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇							
	コ ー ド	1	2	3	4	5	6	7	
	開 設 者	（フリガナ） 氏 名 又 は 名 称	(イリョウホウジン〇〇カイ リジチョウ〇〇 △△△) 医療法人〇〇会 理事長〇〇 △△△						
		住 所 又 は 所 在 地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 □□市〇〇△-△-△						
電 話 番 号		〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇							
標 ぼう して いる 診 療 科 名 (病院又は診療所である場合のみ記入してください。)									
指定訪 問看護 事業者	（フリガナ） 名 称								
	主 たる 事 務 所 の 所 在 地	〒							
	電 話 番 号								
	代 表 者	（フリガナ） 氏 名							
		住 所	〒						
	訪 問 看 護 ス テ ー シ ョ ン	（フリガナ） 名 称							
所 在 地		〒							
電 話 番 号									
コ ー ド									
役 員 の 職 名 及 び 氏 名 (申請者が法人である場合のみ記入してください。)		職 名	氏 名						
		理事長	〇〇 △△△						
		理事	〇〇 □□□□						
		理事	□□ □□						
事 務 担 当 者 (本申請書についての事務担当者を記入してください。)		部署等： 〇△課 名：□△ □□							

備考 1 「コード」の欄について、病院又は診療所である場合は医療機関コード、薬局である場合は薬局コード、指定訪問看護事業者である場合は訪問看護ステーションコードを記入してください。

2 「役員の職名及び氏名」の欄について、記入欄が不足する場合は、「別添のとおり」と記入し、役員名簿の写しを添付してください。