

指定医療機関指定申請書 (薬局)

保 険 薬 局	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			
	生 年 月 日		職 名	
役 員 の 氏 名 及 び 職 名		(別紙1)		
<p>上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第14条第1項の規定による指定医療機関として指定されたく申請する。          また、同法第14条第2項の規定のいずれにも該当しないことを誓約する。</p> <p>年 月 日</p> <p>開 設 者</p> <p>住 所</p> <p>氏 名 又 は 名 称</p> <p>印</p> <p>北九州市長 様 (押印省略可)</p>				