

生活保護法指定医療機関及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び
永住帰国後の自立に関する法律指定医療機関 指定 ・ 指定更新 申請書

名 称	(フリガナ)		医療機関コード								
所 在 地	〒 tel										
開設者の氏名、生年月日、住所 (法人の場合は、「氏名(名称)」欄に法人の名称及び代表者の職・氏名を記載し、「住所(所在地)」欄に主たる事務所の所在地を記載)	氏名 (名称等)	(フリガナ)									
	生年月日	年 月 日									
	住所 (所在地)	〒									
管理者の氏名、生年月日及び住所	氏名	(フリガナ)				生年月日	年 月 日				
	住所	〒									
診 療 科 名											
健康保険法による指定	有 ・ 指定申請中					有効期間	年 月 日から 年 月 日まで				
生活保護法第49条の3第4項において規定する診療所又は薬局の該当の有無	有 ・ 無										
現に受けている生活保護法による指定の有効期間満了日	年 月 日 (更新の場合のみ記載)										

上記のとおり申請します。

年 月 日

(申請先)

茨 城 県 知 事 殿

〒 -
住 所

申請者

TEL () -

氏 名