

中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律

名称	(フリガナ) イリョウホウジンシャダン マルマルビョウイン		医療機関コード						
	医療法人社団 ○○病院		1	2	3	4	5	6	7
所在地	〒 070 - 0036								
	旭川市6条通9丁目46番地 Tel (0166) 26 - 1111								
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) イリョウホウジンシャダン マルマルビョウイン リジチョウ アサヒカワタロウ							
		医療法人社団 ○○病院 理事長 旭川 太郎							
	生年月日	年 月 日							
住所 (所在地)	〒 070 - 0036								
	旭川市6条通9丁目46番地								
管理者の氏名, 生年月日及び住所	氏名	(フリガナ) アサヒカワ ジロウ		生年月日	昭和45年4月4日				
		旭川 次郎							
住所	〒 070 - 0037								
	旭川市7条通10丁目								
診療科名	内科・外科・整形外科								
健康保険法による指定	有 ・ 指定申請中			有効期間	H26年4月1日から				
					R2年3月31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			開設者が法人等の場合は, 必ず『無』になります。					
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	令和 2 年 3 月 31 日 (更新の場合のみ記載)								

上記のとおり指定を申請します。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

(申請先)

旭川市長

通知文に記載されている有効期間の満了日を書いてください。

〒 070 - 0036
住所 旭川市6条通9丁目46番地

申請者(開設者)

Tel (0166) 26 - 1111

氏名 医療法人社団 ○○病院
理事長 旭川 太郎

生 活 保 護 法

※※※※記入例（個人開設）※※※※

指定 **指定更新** 申請書

中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律

名 称	(フリガナ) マルマルイン		医療機関コード						
	〇〇医院		2	3	4	5	6	7	8
所 在 地	〒 070 - 0036								
	旭川市6条通9丁目46番地 TEL (0166) 26 - 1111								
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) アサヒカワ タロウ							
		旭川 太郎							
	生年月日	1970 年 4 月 4 日							
住所 (所在地)	〒 070 - 0037								
	旭川市7条通10丁目								
管理者の氏名、生年月日及び住所	氏名	(フリガナ) アサヒカワ タロウ					生年月日	昭和45 年 4 月 4 日	
		旭川 太郎							
住所	〒 070 - 0037								
	旭川市7条通10丁目								
診療科名	内科・小児科								
健康保険法による指定	<input checked="" type="radio"/> ・ 指定申請中	有効期間	H26 年 5 月 1 日から						
			R2 年 4 月 30 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	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 通知文に記載されている有効期間の満了日を書いてください。 </div> <input checked="" type="radio"/> ・ 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	令和 2 年 4 月 30 日							(更新の場合のみ記載)	

上記のとおり指定を申請します。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

(申請先)

旭川市長

〒 070 - 0037
住所 旭川市7条通10丁目

申請者（開設者）

TEL (0166) 26 - 1111

氏名 旭川 太郎

中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律

名 称	(フリガナ) マルマルチョウザイヤッキョク		医療機関コード							
	〇〇調剤薬局		1	2	3	4	5	6	7	
所 在 地	〒 070 - 0036									
	旭川市6条通9丁目46番地 Tel (0166) 26 - 1111									
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) マルマルチョウザイカブシキガイシャ ダイヒョウトリシマリヤク アサヒカワ タロウ							〇〇調剤株式会社 代表取締役 旭川 太郎	
		生年月日	年	月	日	法人の場合は記入不要				
	住所 (所在地)	〒 070 - 0036 旭川市6条通9丁目46番地								
管理者の氏名, 生年月日及び住所	氏名	(フリガナ) アサヒカワ ジロウ		生年月日	昭和45年7月21日					
		旭川 次郎								
住所	〒 070 - 0037 旭川市7条通10丁目									
診療科名	(記入不要です)									
健康保険法による指定	有効期間	有 ・ 指定申請中							H26年9月1日から	
									R2年8月31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	令和 2年8月31日 (更新の場合のみ記載)									

上記のとおり指定を申請します。

令和 ×年○月△日

(申請先)

旭川市長

〒 070 - 0036
住 所

旭川市6条通9丁目46番地

申請者(開設者)

Tel (0166) 26 - 1111

氏 名

〇〇調剤株式会社
代表取締役 旭川 太郎