

(宛先)西宮市長

小児慢性特定疾病児童等療養生活支援事業 事業者登録申請書

西宮市小児慢性特定疾病児童等療養生活支援事業を行う事業者として、登録を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

開設者住所	〒 -
ふりがな	
開設者氏名	
ふりがな	
事業者名	
代表者氏名	
所在地	〒 -
電話番号	
業務責任者氏名	

【留意事項】

- 1 この申出書に基づき西宮市小児慢性特定疾病児童等療養生活支援事業要綱第4条に基づく委託契約を締結します。
- 2 提出先 〒662-0911 西宮市池田町 8-11
西宮市保健所 保健予防課 難病等疾病対策チーム
メール：hokenyobo@nishi.or.jp FAX：0798-33-1174