

指定小児慢性特定疾病医療機関 変更届出書(薬局)

※変更がある事項に☑を付すること。

保険薬局	名称	☐		
	所在地	☐	〒	
	医療機関コード	☒		
開設者	住所	☐	〒	
	氏名又は名称	☐		
役員の氏名又は役職		☐	(別紙1)	

上記のとおり、児童福祉法(昭和22年法律第164号)第19条の14の規定に基づき変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため届出を行う。

年 月 日

開設者

氏名または名称

豊中市長 宛

届出にかかる 担当者連絡先	担当者名	電話番号	メールアドレス

