

指定小児慢性特定疾病医療機関 変更届出書

機関の種別 (いずれかに○)		1 病院・診療所	2 薬局	3 訪問看護事業者
変更のあった年月日		年 月 日		
変更の前後		変更前 (全項目を記入)		変更後 (変更があった項目のみ記入)
保険医療機関	フリガナ 名称			
	所在地	〒 —		〒 —
	医療機関コード	電話番号 ()		電話番号 ()
開設者 (事業所の 代表者)	住所	〒 —		〒 —
	(法人にあっては主たる 事務所の所在地)	電話番号 ()		電話番号 ()
	氏名 (法人にあっては)			
	代表者 (訪問看護事業者のみ記入)	住所	〒 —	
		氏名		
標榜している診療科名 (病院・診療所のみ)				
役員の氏名又は職名		(変更のあった場合のみ別紙で添付してください)		

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・事業所の代表者

住所(法人にあっては主たる事務所の所在地)

氏名(法人にあっては名称及び代表者氏名)

(あて先) 豊中市長

