

指定小児慢性特定疾病医療機関 変更届出書

該当するものに○をつけてください。		病院・診療所	薬局	訪問看護事業者
保険医療機関等	名 称	<input type="checkbox"/>		
	所 在 地	<input type="checkbox"/>	〒	
	電 話 番 号	<input type="checkbox"/>		
	医 療 機 関 コ ー ド	<input type="checkbox"/>		
開 設 者	住 所 <small>(訪問看護事業者は主たる事務所の所在地を記載)</small>	<input type="checkbox"/>	〒	
	氏 名 又 は 名 称	<input type="checkbox"/>		
	代表者 <small>(訪問看護事業者のみ記載)</small>	住 所 <input type="checkbox"/>		
		氏 名 <input type="checkbox"/>		
役員の氏名又は職名		<input type="checkbox"/>	(別紙 1)	
標榜している診療科名 <small>(薬局・訪問看護事業者は記載不要)</small>		<input type="checkbox"/>		
変 更 年 月 日				
<p>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け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>開設者 氏 名（法人にあつては名称及び代表者氏名）</p> <p>(宛先) 岡崎市長</p>				

開設者が法人にあつては別紙の役員名簿に必要事項を記載すること。
各項目をすべて記載の上、変更がある事項に☑を付すること。

(別紙1)

役員 の 氏 名 及 び 職 名

申請者 (法人) 名 ()

氏 名	職 名

※記載欄が足りない場合は別紙により役員名簿を添付すること。