

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			
	所 在 地			
	電 話 番 号			
	医 療 機 関 コ ー ド			
開 設 者	住 所 (訪問看護事業者は主たる事務所の所在地を記載)			
	氏 名 又 は 名 称			
	代表者 (訪問看護事業者のみ記載)	住 所		
		氏 名		
役員の氏名又は職名			(別紙1)	
標榜している診療科名 (薬局・訪問看護事業者は記載不要)				
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(法人にあっては名称及び代表者氏名)</p> <p>(宛先)岡崎市長</p>				

開設者が法人にあっ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。