

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				
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)	<input type="checkbox"/>	〒		
	氏名又は名称	<input type="checkbox"/>			
	代表者 (訪問看護事業者のみ記載)	住所	<input type="checkbox"/>		
		氏名	<input type="checkbox"/>		
標榜している診療科名(薬局・訪問看護事業者は記載不要)		<input type="checkbox"/>			
役員の氏名及び職務名		<input type="checkbox"/>	(別紙)		
上記変更があった年月日		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出をします。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">開設者 住 所(法人にあっては所在地)</p> <p style="text-align: center;">氏 名(法人にあっては名称及び代表者氏名)</p> <p>(あて先)一宮市長</p>					

※変更がある事項に☑をつけること。

担当者 _____

連絡先電話番号 _____

(届出書の内容確認等のために連絡させていただくことがあります。)