

指定小児慢性特定疾病医療機関変更届出書

変更事項のみチェックしていただき、変更後の内容を記載してください。

保険医療機関等	名称	<input checked="" type="checkbox"/>	〇〇薬局
	所在地	<input type="checkbox"/>	
	電話番号	<input type="checkbox"/>	
開設者	医療機関コード	<input type="checkbox"/>	
	氏名又は名称	<input type="checkbox"/>	既に交付している、指定小児慢性特定疾病医療機関指定通知書を添付してください。
	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"/>	
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目 (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 名		<input type="checkbox"/>	裏面のとおり（法人の場合に限る。）

葛飾区長 殿

上記のとおり、児童福祉法第 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。

〇年 〇月 〇日

開設者

住所（法人にあつては所在地）

葛飾区青戸4-15-14 保健所ビル2階

氏名（法人名及び代表者名）

葛飾区保健所病院 理事長 〇〇 〇〇

担当者 氏 名 (                    ΔΔ ΔΔ                    )

連絡先 (   03-〇〇〇〇-〇〇〇〇                    )

備考

- 1 変更事項の□にチェックし、変更後の内容を記載してください。変更のない事項については記載不要です。
- 2 役員等の変更（法人の場合に限る。）については、裏面に記載してください。
- 3 届出の際は、指定小児慢性特定疾病医療機関指定通知書（第 31 号様式）を添付してください。

(裏面)

役員の氏名及び職名

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。