|  |
| --- |
| 指定小児慢性特定疾病医療機関変更届出書　 |
| 保険医療機関等　 | 名　　称 | □ |  |
| 所 在 地 | □ | 〒 |
| 電話番号 | □ |  |
| コード※１ | □ |  |
| ※該当する番号を○で囲んで下さい。 |
| １ 病院・診療所 ･ 歯科　 | ２ 保険薬局 | ３ 指定訪問看護 |
| 開設者（訪問看護事業所の場合は代表者） | 住所又は所在地 | □ |  〒 |
| 氏名又は名称 | □ |  |
| 標ぼうしている診療科名（病院・診療所のみ記載） | □ |  |
| 訪問看護ステーション（訪問看護事業所のみ記載） | 名 称 | □ | 　　　　　　　　　 |
| 所在地 | □ | 　　　　　　　　　 |
| 役員の職・氏名（開設者が法人の場合） （別紙可） | 職　名 | 氏　名 |
| □ |  | □ |  |
| □ |  | □ |  |
| □ |  | □ |  |
| □ |  | □ |  |
| □ |  | □ |  |
| 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　　　　　　　　　　　　住所（法人にあっては所在地）　：氏名（法人にあっては名称及び代表者氏名）　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　山口県知事　　　　様 |
| ※変更がある事項の□にレ印を付すること。 |