

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	<input type="checkbox"/>	医療法人社団〇〇会 〇〇病院		
	所在地	<input type="checkbox"/>	〒***-**** 〇〇市×× 〇丁目〇番地〇号		
	電話番号	<input type="checkbox"/>	000-000-0000		
	コード※1	<input type="checkbox"/>	△△△△△△△		
	※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 (郵便番号含む)	<input type="checkbox"/>	〒***-**** 〇〇市×× 〇丁目〇番地〇号		
	氏名又は名称	<input checked="" type="checkbox"/>	医療法人社団〇〇会 理事長 〇〇 〇〇		
標ぼうしている診療科名 (病院・診療所のみ記載)		<input type="checkbox"/>	●●科、●●科		
訪問 (訪問)	変更となる項目にチェックを付してください。				
役員の職・氏名 (開設者が法人の場合) (別紙可)	職名		氏名		
	<input type="checkbox"/>	理事長	<input checked="" type="checkbox"/>	〇〇 〇〇	
	<input type="checkbox"/>	理事	<input type="checkbox"/>	〇〇 〇〇	
	<input type="checkbox"/>	理事	<input type="checkbox"/>	〇〇 〇〇	
	<input type="checkbox"/>	理事	<input type="checkbox"/>	〇〇 〇〇	
書ききれない場合は、「別添のとおり」と記載して役員名簿を添付してください。					
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(法人にあつては所在地) : 〇〇市×× 〇丁目〇番地〇号					
氏名(法人にあつては名称及び代表者氏名) : 医療法人社団〇〇会 理事長 〇〇 〇〇					
山口県知事 様					

※変更がある事項の口にレ印を付すること。

押印は不要です(法人・個人とも)。