

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 保険薬局 訪問看護ステーション等	<input type="checkbox"/>	名称	
	<input type="checkbox"/>	所在地	〒
	<input type="checkbox"/>	電話番号	
	<input type="checkbox"/>	コード ※2	
保険医療機関・保険薬局においては 開設者 訪問看護ステーション等においては 指定訪問看護事業者等 [指定訪問看護事業者 指定居宅サービス事業者 指定介護予防サービス事業者]	<input type="checkbox"/>	住所又は所在地	〒
	<input type="checkbox"/>	氏名又は名称	
	<input type="checkbox"/>	職名	
	<input type="checkbox"/>	生年月日	
標榜している診療科名 (保険医療機関のみ記載)	<input type="checkbox"/>		
役員の職・氏名 (開設者等が法人の場合) ※3	<input type="checkbox"/>	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			
開設者等：			
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)：			印
(あて先) 宇都宮市長			

※1 変更がある事項の口の中にレ印を付してください。

※2 医療機関の場合は医療機関コード、薬局の場合は薬局コード、訪問看護事業者等の場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号を記載してください。

※3 記載欄が不足する場合は、「別添のとおり」と記載し、役員名簿を添付してください。