

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 | <input checked="" type="checkbox"/> 薬局 | 指定訪問看護事業者 |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|-----------|
| 保険医療機関 | 名称 | <input type="checkbox"/> | 〇〇〇薬局 | | |
| | 所在地 | <input type="checkbox"/> | 〒123-4567 〇〇市△△1-2-3 | | |
| | 医療機関コード | <input type="checkbox"/> | 1234567 | | |
| 開設者 | 住所 (訪問看護事業者は主たる事務所の所在地) | <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"/> | 変更事項に☑をつけてください。 | |
| | 氏名 | <input type="checkbox"/> | | | |
| 標榜している診療科名 (薬局・指定訪問看護事業者は記載不要) | <input type="checkbox"/> | 別紙1の役員名簿を添付してください。 | | | |
| 役員の氏名又は職名 | <input checked="" type="checkbox"/> | (別紙1) | | | |
| 変更年月日 | 令和 ○年 ○月 ○日 | | | | |

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います。

令和 ○年 □月 □日

住所（法人にあっては所在地）
〇〇市□□23番45号

氏名（法人にあっては名称及び代表者氏名）
〇〇株式会社 代表取締役 富山 一郎

富山県知事 殿

※保険医療機関を記入のうえ、変更がある事項に☑を付し、変更後の内容を記入すること。

※役員の氏名又は職名に変更がある場合は、別紙1を添付のこと。

※医療機関コードの変更を伴う場合は、変更前の指定医療機関の廃止届及び変更後の医療機関の新規指定申請が必要。