

(表)

## 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	薬 局	訪問看護事業者
指定医療機関等  (変更に関わらず記載する)	名 称	<input type="checkbox"/>			変更年月日 . .
	所 在 地	<input type="checkbox"/>	〒		変更年月日 . .
	電 話 番 号	<input type="checkbox"/>			変更年月日 . .
	医療機関コード	<input type="checkbox"/>			変更年月日 . .
※薬局の場合は薬局コード、訪問看護事業者の場合は訪問看護ステーションコードを記載して下さい。					
開 設 者	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"/>	〒		変更年月日 . .
	氏名又は名称	<input type="checkbox"/>			変更年月日 . .
	代 表 者  (訪問看護事業者のみ記載)	住 所	<input type="checkbox"/>	〒	変更年月日 . .
		氏 名	<input type="checkbox"/>		変更年月日 . .
標榜している診療科名 (薬局・訪問看護事業者は記載不要)		<input type="checkbox"/>			変更年月日 . .
役員の氏名または職名		<input type="checkbox"/>	裏面「役員名簿」のとおり		変更年月日 . .
事務担当者名及び連絡先 (本申請書についての事務担当者を記載)			連絡先 :		
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。					
相模原市長 殿			年 月 日		
開設者 住所: (法人にあつては所在地)  氏名: (法人にあつては名称及び代表者氏名)					

◎ 変更がある事項の□に☑をつけてください。

