

指定小児慢性特定疾病医療機関 変更届出書

| | | | | | |
|--|--------------------------|------------------|-----|--------------------------|--|
| 区分 (該当するものに○) | | 病院 (医院・歯科) 薬局 | | 診療所 (医科・歯科) 指定訪問看護事業者 | |
| 変 更 事 項 (※1) | | | | | |
| 保険医療機関 保険薬局 指定訪問看護 事業者 | <input type="checkbox"/> | 名 称 | 変更前 | | |
| | | | 変更後 | | |
| | <input type="checkbox"/> | 所在地 | 変更前 | 〒 | |
| | | | 変更後 | 〒 | |
| | <input type="checkbox"/> | 電話番号 | 変更前 | | |
| | | | 変更後 | | |
| | <input type="checkbox"/> | 医療機関 コード(※2) | 変更前 | | |
| | | | 変更後 | | |
| 開設者 代表者 | <input type="checkbox"/> | 住所又は 所在地 | 変更前 | 〒 | |
| | | | 変更後 | 〒 | |
| | <input type="checkbox"/> | 氏名又は 名称 | 変更前 | | |
| | | | 変更後 | | |
| 役員の職名及び 氏名 (開設者が法人 の場合)※3 | <input type="checkbox"/> | 変 更 前 | 職名 | 氏 名 | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 標榜している診療科名 (病院・診療所のみ記載) | <input type="checkbox"/> | | 変更前 | | |
| | | | 変更後 | | |
| | | | 変更前 | 〒 | |
| | | | 変更後 | 〒 | |
| 上記のとおり、児童福祉法第 19 条の 14 の規定により届け出ます。 | | | | | |
| 年 月 日 開設者又は代表者 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) | | | | | |
| 明 石 市 長 あて | | | | | |

※1 変更事項について□にレ点を記入し、変更前・変更後の内容を記載して下さい。

※2 病院又は診療所は医療機関コード、薬局の場合は薬局コード、訪問看護事業者の場合は、訪問看護ステーションコード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。