

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
保険医療機関 保険薬局 指定訪問看護事業者	名称	<input type="checkbox"/>		
	所在地	<input type="checkbox"/>		
	電話番号	<input type="checkbox"/>		
	医療機関コード	<input type="checkbox"/>		
開設者 (代表者)	住所	<input type="checkbox"/>		
	氏名又は名称	<input type="checkbox"/>		
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"/>		
役員の氏名又は職名		<input type="checkbox"/>	(別紙)	
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。				
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)				
京 都 市 長 様				

※変更がある事項に□にチェックを入れてください。

