

指定小児慢性特定疾病医療機関変更届出書

豊島区長 殿

年 月 日

開設者

住 所(法人にあつては所在地)

氏 名(法人名及び代表者氏名)

次のとおり、児童福祉法第 19 条の 14 の規定により届け出ます。

※変更のある項目にのみ、変更後の内容を記載してください。

保険医療 機関等	名称		
	所在地		
	電話番号		
	医療機関コード		
開設者	氏名又は名称		
	住所 (訪問看護事業者は主たる事務所の 所在地を記載してください)		
	代表者 (訪問看護事業者のみ 記載してください)	住所	
氏名			
標榜している診療科目 (薬局・訪問看護事業者は記載不要です)			
役員の氏名及び職名			

(備考)

役員等の変更 (法人の場合に限る。) については、裏面に記載してください。

医療機関名 (医療機関コード) :	()
ご担当者名 :	
電話番号 :	

(裏面)

役員の氏名及び職名

氏 名	職 名

(備考)

記載欄が足りない場合は、別紙により役員名簿を添付してください。