

福井市長様

申請者（開設者）

住 所：

氏名又は名称：

保険医療機関・薬局名

指定小児慢性特定疾病医療機関 変更届出書（医療機関・薬局）

次のとおり、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します。

指定小児慢性特定疾病医療機関 として指定を受けた年月日等	年 月 日（ 号）
---------------------------------	-----------

（変更がある事項の口の中にレ印を付け、変更前、変更後の内容を記載してください。）

事項		<変更前>		<変更後>	
保 保 険 険 医 医 療 療 機 機 関 局 関	名 称	<input type="checkbox"/>			
	所 在 地	<input type="checkbox"/>	〒	〒	
	コード ※1	<input type="checkbox"/>			
	指定年月日 ※2	<input type="checkbox"/>	年 月 日	年 月 日	
開 設 者	住 所	<input type="checkbox"/>			
	氏名又は 名称	<input type="checkbox"/>			
	生年月日	<input type="checkbox"/>			
	職 名	<input type="checkbox"/>			
標ぼうしている 診療科名 (病院・診療所のみ記載)		<input type="checkbox"/>			
役員の職・氏名 (開設者が法人の 場合) ※3		<input type="checkbox"/>	役職 氏名	役職 氏名	

※1 医療機関の場合は医療機関コード、薬局の場合は薬局コードを記載してください。

※2 保険医療機関又は保険薬局として指定された年月日（最新のもの）

※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。