|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 様式２－（２）　　年　　月　　日福 井 市 長　様指定訪問看護事業者住　所：名　称：代表者：訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝ名指定小児慢性特定疾病医療機関　変更届出書（訪問看護）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□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＞** |
| 指定訪問看護事業者 | 名　称 | **□** |  |  |
| 主たる事務所の所在地 | **□** |  |  |
| 代表者 | 住　所 | **□** |  |  |
| 氏　名 | **□** |  |  |
| 生年月日 | **□** |  |  |
| 職　名 | **□** |  |  |
| ステーション訪問看護 | 名　称 | **□** |  |  |
| 所在地 | **□** | **〒** | **〒** |
| 　 コ─ド※１ | **□** |  |  |
| 指定年月日※２ | **□** | 　　　年　　 月 　　日 | 　　　年　　 月 　　日 |
| 役員の職･氏名（開設者が法人の場合）※３ | **□** | 役　職 | 氏　　名 | 役　職 | 氏　　名 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| ※１　訪問看護ステーションコードを記載してください。※２　指定訪問看護事業者等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。 |