

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>		
指 定 訪 問 看 護 事 業 者	名 称	<input type="checkbox"/>				
	主たる事務所の所在地	<input type="checkbox"/>				
	代 表 者	住 所	<input type="checkbox"/>			
		氏 名	<input type="checkbox"/>			
		生年月日	<input type="checkbox"/>			
		職 名	<input type="checkbox"/>			
ス テ ー シ ョ ン 訪 問 看 護	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		
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 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。