

指定小児慢性特定疾病医療機関 変更届出書

| 該当するものにつけてください | | を | | 病院・診療所 | 薬局 | 訪問看護事業者 |
|---|----------------------------|----|--|--------|-------------|---------|
| 保険医療機関 | 名称 | | | | | |
| | 所在地 | | | 〒 | 電話番号 () | |
| | 医療機関コード | | | | | |
| 開設者 | 住所 (訪問看護事業者は主たる事業所の所在地) | | | 〒 | 電話番号 () | |
| | 氏名 (法人にあっては名称) | | | | | |
| | 代表者 (訪問看護事業者のみ記載) | 住所 | | | | |
| | | 氏名 | | | | |
| 標ぼうしている診療科名 | | | | | | |
| <p>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します。</p> <p>年 月 日</p> <p>開設者 住所（法人にあっては主たる事務所の所在地）</p> <p>氏名（法人にあっては名称及び代表者氏名）</p> <p>（宛先）秋田市長</p> | | | | | | |

- 1 変更がある事項に☑を付すること。
- 2 開設者が法人にあっては裏面の役員名簿に必要事項を記載すること。（別紙による添付可）

役員名簿

(裏面)

| 役職 | 氏名 | 役職 | 氏名 |
|----|----|----|----|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |