

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○をつけてください。		病院・診療所	薬局	訪問看護事業者
保険医療機関等 (変更に関わらず記載する)	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)		(〒 -)	
	代表者(訪問看護事業者のみ記載)	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)				
役員の氏名及び職名			裏面のとおり (法人の場合に限る。)	
江戸川区長 殿 上記のとおり、児童福祉法第 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、届け出ます。 年 月 日 <div style="text-align: right;"> 開設者 住所(法人にあっては所在地) 氏名(法人名及び代表者名) 担当者 氏 名() 連絡先() </div>				

備考

- 1 変更事項のある にチェックしてください。
- 2 役員の氏名及び職名(法人の場合に限る。)については、裏面に記載してください。
- 3 医療機関の名称、所在地が変更になる場合は、指定小児慢性特定疾病医療機関指定通知書(第 31 号様式)の原本を添付してください。

