

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	ふりがな 名称	<input type="checkbox"/>		
	所在地	<input type="checkbox"/>	〒 電話番号 ()	
	医療機関 コード	<input type="checkbox"/>		
開設者	住所 (法人にあつては 所在地、訪問看護 事業者は主たる 事務所の所在地)	<input type="checkbox"/>	〒	
	氏名又は 名称	<input type="checkbox"/>		
標榜している診療科名		<input type="checkbox"/>		
役員の氏名又は職名		<input type="checkbox"/>	(別紙1)	
<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け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>開設者 氏名（法人にあつては名称及び代表者氏名）</p> <p>京都府知事 様</p>				

※変更がある事項に☑を付してください。

(別紙1)

役員の氏名及び職名

申請者(法人)名()

氏名	職名