

指定小児慢性特定疾病医療機関変更届出書

申請の種別	1 病院又は診療所 2 薬局 3 指定訪問看護事業所		
医療機関等	名 称	<input type="checkbox"/>	
	所 在 地	<input type="checkbox"/>	〒
	電 話 番 号	<input type="checkbox"/>	
	医療機関等コード	<input type="checkbox"/>	
開設者 (法人名)	住所又は所在地	<input type="checkbox"/>	〒
	氏名又は名称	<input type="checkbox"/>	
標ぼうしている診療科名		<input type="checkbox"/>	
指定訪問看護事業者指定年月日	健康保険	<input type="checkbox"/>	年 月 日
役員の職名及び氏名	<input type="checkbox"/>	職 名	氏 名
<p>上記のとおり、児童福祉法第19条の9第1項の規定による指定小児慢性特定疾病医療機関の指定に係る申請事項に変更があったので、同法第19条の14の規定により届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>開 設 者</p> <p>住所（法人にあっては所在地）</p> <p>氏名（法人にあっては名称及び代表者氏名） ⑩</p> <p>（宛先）</p> <p>大津市長</p>			

- 注1 変更がある事項に該当するものの□にレ印を記入してください。
- 2 医療機関等コード欄は、医療機関の場合にあっては医療機関コード、薬局の場合にあっては薬局コード、訪問看護事業所の場合にあっては訪問看護ステーションコードを記入してください。
- 3 標ぼうしている診療科名欄は病院又は診療所のみが小児慢性特定疾病医療に主に関係する診療科名を、指定訪問看護事業者指定年月日の欄は訪問看護事業者のみ記入してください。
- 4 役員の職名及び氏名欄は、開設者が法人の場合のみ記入し、欄が不足するときは、「別添のとおり」と記入し、役員名簿（様式任意）を添付してください。