

指定小児慢性特定疾病医療機関変更届出書

令和 年 月 日			
<p>(あて先) 横須賀市長 様</p> <p style="text-align: center;">届出者 (開設者)</p> <p style="text-align: center;">住 所 (法人にあっては所在地)</p> <p style="text-align: center;">氏 名 (法人にあっては名称及び代表者氏名)</p> <p style="text-align: center;">下記のとおり、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が生じたため届け出ます。</p>			
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			
変更事項について、□にレ点を入れ、変更後の内容を記載してください			変更年月日
指定医療機関 (必ず記載)	ふりがな 名 称	<input type="checkbox"/>	
	所 在 地	<input type="checkbox"/>	〒 TEL ()
	医療機関コード ※1		
開 設 者	氏名又は名称		<input type="checkbox"/>
	住所又は所在地 (訪問看護事業者は主たる事務所の所在地を記載)		<input type="checkbox"/>
	代表者 (訪問看護事業者のみ記載)	氏名	<input type="checkbox"/>
	住所	<input type="checkbox"/>	
標榜している診療科名		<input type="checkbox"/>	
役員の氏名及び職名 ※2		<input type="checkbox"/>	裏面のとおり
事 務 担 当 者			

※1 医療機関の場合は医療機関コード、薬局の場合は薬局コード、訪問看護事業者の場合は訪問看護ステーションコードを記載すること。

※2 役員の氏名・職名については裏面の役員名簿に変更の内容を記載すること。

様式7の裏

役員名簿

氏名	役職	変更の内容

記載欄が足りない場合は、別紙により役員名簿を添付すること。