

## 指定小児慢性特定疾病医療機関 変更届

届出区分	<input type="checkbox"/> 病院・診療所 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 指定訪問看護事業者等
指定医療機関指定通知書(写し)の添付	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 [理由： <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他 (                    ) ]
変更年月日	年                    月                    日
医療機関コード・薬局コード・訪問看護ステーションコード・介護保険事業者番号	

※医療機関コード、薬局コード、訪問看護ステーションコード又は介護保険事業者番号に変更がある場合は、本届出書によらず、辞退届及び指定小児慢性特定疾病医療機関指定申請書を提出すること。

※以下の全ての項目に記入し、直近の指定の申請（変更届出を含む。）から変更のある項目には、を記入すること。

医療機関等	名称	<input type="checkbox"/>	
	所在地	<input type="checkbox"/>	〒
	電話番号	<input type="checkbox"/>	
開設者・指定訪問看護事業者等	種別	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 法人 ※役員に変更がある場合は、裏面の役員名簿への記入が必要 <input type="checkbox"/> 個人
	氏名 (名 称)	<input type="checkbox"/>	
	住所 (所在地)	<input type="checkbox"/>	〒
	電話番号	<input type="checkbox"/>	
	代表者 <small>※ 指定訪問看護事業者等の場合のみ</small>	氏名	<input type="checkbox"/>
	住所	<input type="checkbox"/>	〒
送付先	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 医療機関等 (病院又は診療所、薬局、訪問看護ステーション等) <input type="checkbox"/> 開設者・指定訪問看護事業者等 <input type="checkbox"/> 代表者 <input type="checkbox"/> その他 (                    )	
標榜している診療科名 <small>※ 病院又は診療所の場合のみ</small>	<input type="checkbox"/>		

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ので届出をいたします。

堺市長 様 年                    月                    日

届出者  
住所 (所在地)

氏名 (名 称)

受付印	指定期間	年                    月                    日 ~                    年                    月                    日
	No.	備考欄

直近の指定の申請(変更届を含む。)からの変更 ※いずれかに☑を記入すること。		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
氏 名	職 名		

**役員名簿**

注意 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。