

## 指定小児慢性特定疾病医療機関 変更届出書

種別 (いずれかに○)	1 病院・診療所      2 薬局      3 指定訪問看護事業者	
保険医療機関等の名称		
変更年月日	年      月      日	
↓変更がある事項に○		
保険医療機関等	名称	変更前： 変更後：
	所在地	〒      電話番号
	医療機関コード	
開設者	住所 (指定訪問看護事業者は主たる事務所の所在地を記載)	〒      電話番号
	氏名又は名称	
	代表者 (指定訪問看護事業者のみ記載)	住所
		氏名
標榜している診療科名 (薬局・指定訪問看護事業者は記載不要)		
役員の氏名又は職名		裏面の役員名簿へ記載願います
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、届出を行います。		
年      月      日		
開設者 住所（法人にあっては所在地）		
氏名（法人にあっては名称及び代表者氏名）		
印		
新潟市長 様		

