

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			保険薬局		訪問看護事業者	
				↓すべての欄に記入の上、変更がある事項に☑をつけてください。			
全機関記入必須	名称		☐	※変更する場合は変更前の名称と変更後の名称を記入してください			
	所在地		☐	〒			
	電話番号		☐				
	メールアドレス		☐				
	医療機関コード		☐	※変更する場合は新規での指定申請が必要です			
病院・診療所 保 険 薬 局 のみ記入	開設者	住所	☐	〒			
		氏名又は 名称	☐				
訪問看護事業者 のみ記入	名称		☐				
	主たる事務所の 所在地		☐	〒			
	代表者	住所	☐	〒			
		氏名	☐				
病院・診療所 のみ記入	標榜している 診療科名		☐				
全機関記入必須	役員の氏名 又は職名		☐	(裏面に記入してください)			
全機関記入必須	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 氏名又は名称						
	鹿児島県知事 殿						
全機関記入必須	担当部署・担当者名		連絡先	()	—		

(裏面)

役員の氏名及び職名

申請者（法人）名（ ）

[illegible]