

指定小児慢性特定疾病医療機関変更届出書

年 月 日

群馬県知事 へ

開設者・事業所代表者

住 所 〒

氏 名

児童福祉法第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します。

区 分 (該当するものを囲む)		病院・診療所	薬局	指定訪問看護事業者
コ ー ド※1				
指定医療機関の名称				
指定医療 機 関	名 称	<input type="checkbox"/>	変 更 前	
	所 在 地	<input type="checkbox"/>		
	コ ー ド	<input type="checkbox"/>		
開 設 者 (代表者)	住 所	<input type="checkbox"/>		
	氏 名	<input type="checkbox"/>		
	職名又は名称	<input type="checkbox"/>		
標榜している診療科目 (病院・診療所のみ)		<input type="checkbox"/>	変 更 後	
役員の氏名及び職名※2		<input type="checkbox"/>		
変 更 年 月 日		年 月 日		

※ 変更がある事項に☑を付し、右の欄に変更前と変更後の内容を記入してください。

※1 「コード」欄について、病院又は診療所の場合は医療機関コード、保険薬局の場合は薬局コード、指定訪問看護事業者の場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号を記入してください。

※2 記入欄が不足する場合は「別紙のとおり」と記入し、役員名簿(変更後分のみで可)を添付してください。