指定小児慢性特定医療機関 変更届出書

|  |  |
| --- | --- |
| 指定の区分 | 　病院・診療所・薬局・訪問看護事業所 （いずれかに○印） |
| 変更年月日 | ○○　年　○　月　○　日 |
| 届　出　項　目 | 変更前 | 変更後 |
| 保険医療機関 | 名　　　称 | □ |  |  |
| 所　在　地 | □ |  〒 | 〒 |
| 指定医療機関番号 | □ | ３ | ４ |  |  | 変更の有無に関わらず、名称・所在地・指定医療機関番号を記入してください。 |  |  |  |  |  |  |
| 開設者 | 住所又は所在地 | ☑ | 〒○○○－○○○○　○市○○町1-10 | 〒○○○－○◇◇○○市◇◇町5-10-2 |
| 氏名又は名称 | □ |  |  |
| 標榜している診療科目（病院・診療所のみ） | □ |  |  |
| 役員の職・氏名（開設者が法人の場合） | □ | 役　職 | 氏　名 | 役　職 | 氏　名 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 上記のとおり、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け出ます。　　○○ 年　○　月　○　日開設者（法人の場合は、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の職・氏名）　必ず記入してください住所　氏名広 島 県 知 事　様 |

１　保険医療機関の名称・所在地・指定医療機関番号を、必ず、「変更前」欄に、記入してください。

２　変更があった事項に☑を入れ、「変更前」と「変更後」に記入してください。

３　「役員の職・氏名」欄が不足する場合は、別に「役員名簿」を添付してください。