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。 | 病院又は診療所　　　薬局　　　訪問看護事業者 |
| 保険医療機関等 | 名称 | □ |  |
| 所在地 | □ | 〒 |
| 電話番号 | □ |  |
| 医療機関コード | □ |  |
| 開設者 | 住所（訪問看護事業者は主たる事務所の所在地） | □ | 〒 |
| 氏名又は名称 | □ |  |
| 代表者（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・訪問看護事業者は記載不要） | □ |  |
| 役員の氏名又は職名 | □ | （裏面） |
| 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の規定に基づき届け出ます。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）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　青森市長　様 |

※全ての事項について記載のうえ、変更がある事項に☑を付すること。

（裏面）

役員名簿

|  |  |
| --- | --- |
| 職名 | 氏名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

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。