

小 慢

指定小児慢性特定疾病医療機関変更届出書

保険医療機関	名 称	<input type="checkbox"/>		
	所 在 地	<input type="checkbox"/>		
	コ ー ド ※1	<input type="checkbox"/>		
	電 話 番 号	<input type="checkbox"/>		
	F A X 番 号	<input type="checkbox"/>		
	メー ル ア ド レ ス	<input type="checkbox"/>		
開 設 者	住所又は所在地	<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名		<input type="checkbox"/>		
役員の職・氏名 ※2 (開設者が法人の場合記載)	<input type="checkbox"/>	職 名	氏 名	
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します。				
年 月 日				
開設者 住 所 氏 名				
石 川 県 知 事 殿				
<input type="checkbox"/> 印				

変更がある事項の□の中にレ印を付すること。

※1 医療機関の場合は医療機関コード、薬局の場合は薬局コード、
訪問看護事業者の場合は訪問看護ステーションコードまたは介護保険事業所番号を記載。

※2 記載欄が不足する場合は、別添のとおりと記載し役員名簿を添付すること。