

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
↓ 変更がある事項に☑を付すること。				
病院・診療所 保険薬局 訪問看護ステーション	名称		<input type="checkbox"/>	
	所在地		<input type="checkbox"/>	〒
	メールアドレス		<input type="checkbox"/>	
	医療機関コード		<input type="checkbox"/>	
病院・診療所 保険薬局	開設者	住所	<input type="checkbox"/>	〒
		氏名又は名称	<input type="checkbox"/>	
訪問看護事業者	名称		<input type="checkbox"/>	
	主たる事務所の所在地		<input type="checkbox"/>	〒
	代表者	住所	<input type="checkbox"/>	〒
		氏名	<input type="checkbox"/>	
標榜している診療科名 (病院・診療所のみ)			<input type="checkbox"/>	
役員の氏名又は職名			<input type="checkbox"/>	(裏面)
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">開設者 氏名又は名称</p> <p>鹿児島県知事 殿</p>				

