

指定小児慢性特定疾病医療機関 変更届出書

指定 医療機関	名 称				
	所 在 地	〒 水戸市			
	指定年月日				
変更のあった事項		変更前	変更後	変更年月日	
医 療 機 関 等	名 称	<input type="checkbox"/>			
	所 在 地	<input type="checkbox"/>	〒	〒	
	コ ー ド	<input type="checkbox"/>			
開 設 者	住 所	<input type="checkbox"/>	〒	〒	
	氏名又は名称	<input type="checkbox"/>			
標ぼうしている診療科名		<input type="checkbox"/>			
役員の氏名及び職名		<input type="checkbox"/>			

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）

印

水戸市長 様

備考

- 1 変更のあった事項の該当する□の中にレ印を付すこと。
- 2 コードの欄は、病院又は診療所の場合は医療機関コード、薬局の場合は薬局コード、訪問看護事業者等の場合は訪問看護ステーションコードを記載すること。

