

様式第2 - (1)

指定小児慢性特定疾病医療機関変更届出書 (病院・診療所)

変 更 年 月 日		年	月	日
保険医療機関	名 称 <input type="checkbox"/>			
	所 在 地 <input type="checkbox"/>	〒		
	医療機関コード <input type="checkbox"/>	(電話番号)		
開 設 者	住 所 <input type="checkbox"/>	〒		
	氏名又は名称 <input type="checkbox"/>			
標榜している診療科名 <input type="checkbox"/>				
役員の氏名及び職名 <input type="checkbox"/>		(別紙1)		
<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う。</p> <p>甲府市長 様</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">開 設 者 住 所 氏名又は名称 印</p>				

※ 変更がある事項の□の中にレ印を付すること。

(別紙1)

役員の名氏及び職名

申請者（法人）名（)

氏名	職名