

様式第2- (3)

指定小児慢性特定疾病医療機関変更届出書 (指定訪問看護事業者等)

変 更 年 月 日		年 月 日		
訪問看護ステーション等	名 称	<input type="checkbox"/>		
	住 所	<input type="checkbox"/>	〒 (電話番号 )	
	医療機関コード	<input type="checkbox"/>		
指定訪問看護事業者	名 称	<input type="checkbox"/>		
	主たる事業所の所在地	<input type="checkbox"/>	〒 (電話番号 )	
	代 表 者	住 所	<input type="checkbox"/>	〒
		氏 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 <span style="float: right;">年 月 日</span></p> <p style="text-align: center;">指定居宅サービス事業者 指定訪問看護事業者 指定介護予防サービス事業者</p> <p style="text-align: center;">所 在 地 名 称 代 表 者 <span style="float: right;">印</span></p>				

※ 変更がある事項の□の中にレ印を付すること。

(別紙1)

役員の名及び職名

申請者(法人)名 ( )

氏名	職名