

様式第2 - (2)

指定小児慢性特定疾病医療機関変更届出書 (薬局)

変 更 年 月 日		年 月 日	
保険薬局	名 称 <input type="checkbox"/>		
	所 在 地 <input type="checkbox"/>	〒	(電話番号)
	薬 局 コ ー ド <input type="checkbox"/>		
開 設 者	住 所 <input type="checkbox"/>	〒	
	氏 名 又 は 名 称 <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>			
甲府市長 様		年 月 日	
		開 設 者	
		住 所	
		氏 名 又 は 名 称	印

※ 変更がある事項の□の中にレ印を付すること。

