第１号様式の２の２２（第１条の１３関係）

（表面）

年　　月　　日

　品川区長　あて

開設者　住所

氏名

法人の場合は、主たる事務所の

所在地、名称および代表者氏名

指定小児慢性特定疾病医療機関変更届出書

　　児童福祉法第１９条の１４の規定に基づき、下記のとおり届け出ます。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保険医療機関等 | □　病院・診療所　□　薬局　□　訪問看護事業者 | 該当に☑をつけてください。 |
| 名称 | 　 |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 開設者 | 氏名または名称 |  |
| 住所（訪問看護事業者は主たる事務所の所在地を記載してください。） |  |
| 代表者（訪問看護事業者のみ記載してください。） | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 標榜している診療科名（薬局および訪問看護事業者は記載不要） |  |
| 役員の氏名および職名 | 裏面のとおり（法人の場合に限る。） |

備考

１　変更があつた事項について内容を記入してください。変更のない事項については記入不要です。

２　役員等の変更（法人の場合に限る。）については、裏面に記載してください。

添付書類　指定小児慢性特定疾病医療機関指定書

（裏面）

役員の氏名および職名

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | 職名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |