

指定小児慢性特定疾病医療機関 変更届出書

*右欄の該当するものに○を付け、変更がある事項のみ記入してください。		病院 ・ 診療所	薬局	訪問看護事業者	
保険医療機関等	名 称	変更前	(フリガナ) -----		
		変更後	(フリガナ) -----		
	所在地及び電話番号	変更前	〒 () -		
		変更後	〒 () -		
開 設 者	住 所 又 は 法人所在地 <small>*訪問看護事業者の 場合は主たる事務 所の所在地</small>	変更前	〒 () -		
		変更後	〒 () -		
	氏 名 又 は 法人の名称	変更前			
		変更後			
役員の職名 及び氏名	変 更 前		変 更 後		
	職 名	氏 名	職 名	氏 名	
標榜している診療科名 (薬局・訪問看護事業者は記入不要)		変更前			
		変更後			
変 更 日		年 月 日			
<p>京都府知事 様</p> <p>児童福祉法（昭和22年法律第164号）第19条の14の規定により、上記のとおり届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">(開設者)</p> <p style="text-align: center;">住 所 (法人にあっては所在地)</p> <p style="text-align: center;">氏 名 (法人にあっては名称及び代表者の職名・氏名)</p>					
事務担当者	所属課係	() -	職名・氏名		

※ 医療機関コードが変更となる場合は、変更前の指定医療機関の廃止届及び変更後の医療機関の指定申請書を提出すること。