

## 指定小児慢性特定疾病医療機関変更届

保険医療機関等	<input type="checkbox"/> 病院・診療所 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 訪問看護事業者	該当に☑をつけてください
	フリガナ	
	名称	
	医療機関コード	

(宛先) 板橋区長

指定小児慢性特定疾病医療機関の指定申請内容に変更があったため、児童福祉法第19条の14の規定に基づき届け出ます。

年 月 日

開設者    住所    (法人にあっては所在地)

氏名    (法人にあっては名称及び代表者氏名)

変更内容			変更日
保険医療機関等	フリガナ		年 月 日
	名称		
	所在地	〒	年 月 日
	電話番号		年 月 日
開設者	氏名又は名称		年 月 日
	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)		年 月 日
	代表者 (訪問看護事業者のみ記載してください)	住所	年 月 日
		氏名	年 月 日
標榜している診療科名 (薬局・訪問看護事業者は記載不要)			年 月 日
役員の氏名及び職名		裏面のとおり (法人の場合に限る)	年 月 日
添付書類		指定小児慢性特定疾病医療機関指定書	
添付できない場合はその理由			

備考

- 1 変更があっ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。

