第４号の２の２２様式（第２条の２の１９関係）

指定小児慢性特定疾病医療機関変更届出書

区　　分			病院・診療所　　薬局　　指定訪問看護事業者 （いずれかに○を付けてください。）	
名　　称				
医療機関コード				
変更日			年　　月　　日	
保険医療機関等	名称		変更前	
			変更後	
	所在地		変更前	
			変更後	
	電話番号		変更前	
			変更後	
	医療機関コード		変更前	
			変更後	
開設者	氏名又は名称		変更前	
			変更後	
	住所		変更前	
			変更後	
	代表者（指定訪問看護事業者のみ記載）	住所	変更前	
			変更後	
		氏名	変更前	
			変更後	
役員の氏名及び職名	裏面のとおり			
標榜（ぼう）している診療科名 （薬局・指定訪問看護事業者は記載不要）			変更前	
			変更後	

杉並保健所長　宛

上記のとおり、児童福祉法第１９条の１４の規定により、変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため、届け出ます。

年　　月　　日

開設者

住所（法人にあつては、所在地）

氏名（法人にあつては、名称及び代表者氏名）

担当者　氏　名（　　）

連絡先（　　）

備考　変更のある項目のみ内容を記載してください。

届出の際は、指定小児慢性特定疾病医療機関指定書の写しを添付してください。

	氏　　名	職　　名
変更前		
変更後		

※　記載欄が足りない場合は、別紙により役員名簿を添付してください。

※　削除の場合、変更後欄に「削除」と記載してください。