第１号様式の１９（第２条の１７関係）

　年　　　月　　　日

指定小児慢性特定疾病医療機関変更届出書

（あて先）長崎市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地又は住所

開設者等の氏名又は名称

　　　児童福祉法第19条の14の規定により、指定小児慢性特定疾病医療機関について

次のとおり変更があったので、届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更のあった事項 | | 変更の内容 |
| １ | 指定小児慢性特定疾病医療機関の名称 | （変更前）  （変更後） |
| ２ | 指定小児慢性特定疾病医療機関の所在地 |
| ３ | 医療機関コード |
| ４ | 開設者又は代表者の住所 |
| ５ | 開設者又は代表者の氏名又は名称 |
| ６ | 標ぼうしている診療科名 |
| ７ | 役員の氏名又は職名 |
| ８ | 指定訪問看護事業者の名称又は主たる事務所の所在地 |

　備考

　　１　該当項目番号に○を付してください。

　　２　記名押印に代えて署名することができます。

　　３　本様式は、必要としない事項を省略することができる。

別紙

役員の氏名及び職名

申請者（法人）名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| (ふりがな)  氏　　　名 | 職　　　名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |