指定小児慢性特定疾病医療機関変更届出書

様式第１５号

|  |
| --- |
| □　病院・診療所・歯科 |
| □　薬局 |
| □　訪問看護ステーション |

　　　　年　　月　　日

香川県知事　殿

開設者　住所

氏名

（法人にあっては主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の職氏名）

児童福祉法第１９条の９第１項に規定する指定小児慢性特定疾病医療機関の指定について、児童福祉法第１９条の１４の規定に基づき、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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 変更前 | 変更後 |
| 保険医療機関又は訪問看護ステーション | 名　称 | □ |  |  |
| 所在地 | □ |  |  |
| 医療機関コード | □ |  |  |
| 開設者（病院・診療所・歯科・薬局のみ記載） | 住所 | □ |  |  |
| 氏名又は名称 | □ |  |  |
| 標榜している診療科名（病院・診療所のみ記載） | □ |  |  |
| 指定訪問看護事業者（訪問看護ステーションのみ記載） | 名　称 | □ |  |  |
| 主たる事務所の所在地 | □ |  |  |
| 代表者 | 住所 | □ |  |  |
| 氏名 | □ |  |  |
| 役員の氏名又は職名 | □ | （別紙１） |

１　□については、該当するものに「***レ***」を記入してください。

２　役員の氏名又は職名に変更がある場合は、別紙にも記載してください。

３　変更があったときから１０日以内に届け出てください。

（様式第１５号別紙）

役員の

氏名及び職名

申請者（法人）名（　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 | 職　　名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|