

指定小児慢性特定疾病医療機関 変更届出書 ( 病院・診療所 )

保険医療機関	名称		
	所在地		〒 -
	電話番号		
	医療機関コード		
開設者	住所		〒 -
	氏名又は名称		
標榜している診療科名			
役員の氏名又は職名			裏面のとおりに ( 開設者が法人の場合のみ )

児童福祉法 ( 昭和 22 年法律第 164 号 ) 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、上記の事項に変更があったため同法第 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 )

印

大阪市長 あて

全ての事項について記載し、そのうち変更がある事項に☑を付すること。

