

指定小児慢性特定疾病医療機関 変更届出書 (薬局)

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		
役員の氏名又は職名			裏面のとおり (開設者が法人の場合のみ)
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>開設者 住所 (法人にあっては所在地) 〒 -</p> <p>氏名 (法人にあっては名称及び代表者氏名)</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>大阪市長 あて</p>			

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。

