

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	<input type="checkbox"/>	
	所在地	<input type="checkbox"/>	〒 ー
	電話番号	<input type="checkbox"/>	
	医療機関コード		
開設者	住所	<input type="checkbox"/>	〒 ー
	氏名又は名称	<input type="checkbox"/>	
標榜している診療科名		<input type="checkbox"/>	
役員の氏名又は職名		<input type="checkbox"/>	裏面のとおり (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)

〒 ー

氏名 (法人にあっては名称及び代表者氏名)

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。

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	<input type="checkbox"/>	
	所在地	<input type="checkbox"/>	〒 —
	電話番号	<input type="checkbox"/>	
	医療機関コード		
開設者	住所	<input type="checkbox"/>	〒 —
	氏名又は名称	<input type="checkbox"/>	
役員の氏名又は職名		<input type="checkbox"/>	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 (法人にあつては所在地)

〒 —

氏名 (法人にあつては名称及び代表者氏名)

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。

指定小児慢性特定疾病医療機関 変更届出書 (訪問看護ステーション)

訪問看護 ステーション	名称	<input type="checkbox"/>		
	所在地	<input type="checkbox"/>	〒 ー	
	電話番号	<input type="checkbox"/>		
	医療機関 コード			
指定訪問看護 事業者	名称	<input type="checkbox"/>		
	主たる事務所の 所在地	<input type="checkbox"/>		
	代 表 者	住所	<input type="checkbox"/>	〒 ー
		氏名	<input type="checkbox"/>	
役員の氏名 又は職名		<input type="checkbox"/>	裏面のとおり (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

指定訪問看護事業者

住所（法人にあつては所在地）

〒 ー

氏名（法人にあつては名称及び代表者氏名）

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。

