

指定小児慢性特定疾病医療機関変更等届

該当するものに○をつけてください。		病院	診療所	薬局	訪問看護事業者	
変更日		平成 年 月 日				
医療機関コード						
保険医療機関等	名称	変更前				
		変更後				
	所在地	変更前				
		変更後				
	電話番号	変更前				
		変更後				
開設者	住所	変更前				
		変更後				
	氏名又は 名称	変更前				
		変更後				
役員名簿	変更前	役職	氏名	変更後	役職	氏名
		役職	氏名		役職	氏名
		役職	氏名		役職	氏名
	標榜している診療科名 (薬局・訪問看護事業者は記載不要)		変更前			
			変更後			
	<p>上記のとおり、児童福祉法第 19 条の 14 の規定により届け出ます。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>八王子市長 殿</p> <p style="text-align: right;">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）</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">印</p>					