

指定小児慢性特定疾病医療機関変更届

| | | | | |
|---|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| 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 | | | |
| 保険医療機関等 | 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 (訪問看護事業者は主たる事務所の所在地) | <input type="checkbox"/> | | |
| | 氏名又は名称 | <input type="checkbox"/> | | |
| | 代表者 (訪問看護事業者のみ) | 住所 | <input type="checkbox"/> | |
| | | 氏名 | <input type="checkbox"/> | |
| 標榜している診療科名 (薬局・訪問看護事業者は記載不要) | | <input type="checkbox"/> | | |
| 役員の職名及び氏名 | | <input type="checkbox"/> | (裏面のとおり) | |
| <p>上記のとおり、児童福祉法（昭和22年法律第164号）第19条の14の規定に基づき届出を行います。</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;">㊟</p> <p>鳥取県知事 様</p> | | | | |

※ 全ての事項を記載し、そのうち直近の指定の申請（変更届出含む）から変更がある事項に☑を付してください。

備考 医療機関コードに変更がある場合は、変更申請ではなく、辞退届と新規申請を行ってください。

裏面

役員名簿

| 役職 | 氏名 | 生年月日 | 住所 |
|----|----|------|----|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

記載欄が足りない場合は、別紙により役員名簿を添付してください。