

第1号様式の5（第2条の3関係）

指定小児慢性特定疾病医療機関変更届出書

年 月 日

越谷市長 宛

開設者・事業者の代表者

住所又は所在地 〒

氏名又は名称

電話番号

児童福祉法第19条の14の規定により、指定小児慢性特定疾病医療機関の指定に係る事項を次のとおり変更したので届け出ます。

保険医療機関等 (該当するものに○を付すこと。)	病院 診療所 薬局 指定訪問看護事業者		
指定小児慢性特定疾病医療機関の名称			
医療機関コード			
変更事項	1	変更前	
		変更後	
	2	変更前	
		変更後	
変更年月日	1	年 月 日	
	2	年 月 日	

注 「開設者・事業者の代表者」について、指定訪問看護事業者にあつては、主たる事務所の所在地及び名称を記入すること。

※ 該当する変更事項の番号に○を付すこと。

- | | | |
|----------------------|-----------------------|-----------------|
| 1 医療機関名称の変更 | 2 医療機関所在地(郵便番号を含む)の変更 | |
| 3 医療機関コードの変更 | 4 医療機関電話番号の変更 | 5 開設者名称の変更 |
| 6 開設者所在地(郵便番号を含む)の変更 | 7 開設者電話番号の変更 | 8 代表者の変更(氏名・役職) |
| 9 役員の変更(氏名・役職) | | |