

指 定 小 児 慢 性 特 定 疾 病 医 療 機 関 変 更 届 書

年 月 日

前橋市長あて

開設者・事業者の代表者

住 所

氏 名

児童福祉法第19条の4の規定に基づき変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため届出をします。

| | | | | | | | | | |
|------------------------------|--------|--|-----|--|--|--|--|--|--|
| 区 分 (該当するものに○) | | 1. 病院 2. 診療所 3. 薬局 4. 指定訪問看護事業者 | | | | | | | |
| コ ー ド (※1) | | 1 | 0 | | | | | | |
| 指定医療機関の名称 | | | | | | | | | |
| 指定医療 機 関 ※2 | 名 称 | <input type="checkbox"/> | 変更前 | | | | | | |
| | 所 在 地 | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| | コ ー ド | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| 開設者 (代表者) ※2 | 住 所 | <input type="checkbox"/> | 変更後 | | | | | | |
| | 氏 名 | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| | 職名又は名称 | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| 標榜している診療科目※2 (医療機関・診療所のみ) | | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| 役員の氏名及び職名※2 | | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| 変更年月日 | | 年 月 日 | | | | | | | |

※1 「コード」欄について、病院又は診療所の場合は医療機関コード、保険薬局の場合は薬局コード、指定訪問看護事業者の場合は訪問看護ステーションコードを記載してください。

※2 変更がある事項の□にレ点をし、右の欄に変更前と変更後の内容を記載してください。