**指定小児慢性特定疾病医療機関変更届**※は必須項目

|  |  |
| --- | --- |
| 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 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| ※医療機関名　（及び医療機関コード） | 　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　） |
| 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 |  |
| 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。　　　　年　　月　　日開設者　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）　　 　　　　 印 　　　　　　　　　　　　　　　　  　沖縄県知事　殿 |