（表面）

指定小児慢性特定疾病医療機関　変更届出書（病院・診療所）

名称，所在地，医療機関コードは必ず記載し，変更がある事項に☑を付するとともに変更後の事項を記載すること。

保険医療機関	名　称	□	変更前：
	所在地	□	〒 電話番号（　　）
	医療機関コード	□	
開設者	住　所	□	
	氏名又は名称	□	
標榜している診療科名		□	
役員の氏名又は職名		□	（別紙１）

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の規定に基づき変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため届け出ます。

平成　　年　　月　　日

開設者の住所及び氏名
（法人の場合は主たる事務所の所在地，名称及び代表者の職・氏名）

印

呉　市　長　様

（裏面）

（別紙1）

役員の氏名及び職名

申請者（法人）名（　　）

職　名	氏　名