

第1号様式の23（第1条の17関係）

（その1）

指定小児慢性特定疾病医療機関変更届出書（病院・診療所）

保険医療機関	名称	<input type="checkbox"/>	
	所在地	<input type="checkbox"/>	
	医療機関コード	<input type="checkbox"/>	
開設者	住所	<input type="checkbox"/>	
	氏名又は名称	<input type="checkbox"/>	
標榜している診療科名		<input type="checkbox"/>	
役員の氏名又は職名		<input type="checkbox"/>	（別紙）
<p>上記のとおり、児童福祉法第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出を行います。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">開設者 氏名又は名称</p> <p>いわき市長 様</p>			

※変更がある事項に✓印を付けてください。

(その2)

指定小児慢性特定疾病医療機関変更届出書（薬局）

保険薬局	名称	<input type="checkbox"/>	
	所在地	<input type="checkbox"/>	
	医療機関コード	<input type="checkbox"/>	
開設者	住所	<input type="checkbox"/>	
	氏名又は名称	<input type="checkbox"/>	
役員の氏名又は職名		<input type="checkbox"/>	(別紙)
<p>上記のとおり、児童福祉法第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出を行います。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">開設者 氏名又は名称</p> <p>いわき市長 様</p>			

※変更がある事項に✓印を付けてください。

(その3)

指定小児慢性特定疾病医療機関変更届出書（指定訪問看護事業者）

訪問看護ステーション	名称	<input type="checkbox"/>		
	所在地	<input type="checkbox"/>		
	ステーションコード	<input type="checkbox"/>		
指定訪問看護事業者	名称	<input type="checkbox"/>		
	主たる事務所の所在地	<input type="checkbox"/>		
	代表者	住所	<input type="checkbox"/>	
		氏名	<input type="checkbox"/>	
役員の氏名又は職名	<input type="checkbox"/>	(別紙)		

上記のとおり、児童福祉法第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出を行います。

年 月 日

訪問看護事業者の所在地及び名称
代表者氏名

いわき市長 様

※変更がある事項に✓印を付けてください。

