

指定小児慢性特定疾病医療機関変更届出書

保険医療機関等	名称		変更前	
			変更後	
	所在地		変更前	<u>保険医療機関等の名称または所在地が変わる場合のみ</u> 、既に交付している、指定小児慢性特定疾病医療機関指定通知書を添付してください。
			変更後	
	電話番号		変更前	
			変更後	
医療機関コード		変更前		
		変更後		
開設者	氏名又は名称		変更前	株式会社〇〇 代表取締役 △△
			変更後	株式会社■■■ 代表取締役 ◇◇
	住所（訪問看護事業者は主たる事務所の所在地を記載）		変更前	
			変更後	
	代表者（訪問看護事業者のみ記載）	住所	変更前	
			変更後	
		氏名	変更前	
			変更後	
標榜している診療科目 （薬局・訪問看護事業者は記載不要）			変更前	
			変更後	
役員の氏名及び職名			裏面のとおりに（法人の場合に限る。）	
葛飾区長 殿 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、届け出ます。 ○年 ○月 ○日				
どの保険医療機関等の変更か分かるよう、名称と所在地をご記入ください。			開設者 住所（法人にあっては所在地） 葛飾区青戸 4-15-14 保健所ビル 2 階 氏名（法人名及び代表者名） 株式会社■■■ 代表取締役 ◇◇ （〇〇薬局△△店 葛飾区立石〇-〇-〇）	
			担当者 氏 名（ △△ △△ ） 連絡先（ 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇 ）	

備考

- 1 変更のない事項については記載不要です。
- 2 役員等の変更（法人の場合に限る。）については、裏面に記載してください。
- 3 保険医療機関等の名称または所在地が変わる場合のみ、指定小児慢性特定疾病医療機関指定通知書（第 27 号様式）を添付してください。

(裏面)

役員の氏名及び職名

氏 名	職 名

※ 新役員を記入すること。

※ 記載欄が足りない場合は、別紙により役員名簿を添付すること。