

(様式第2号)

指定小児慢性特定疾病医療機関 変更届

区分 (該当するものに○)		病院 (医科・歯科) 薬局	診療所 (医科・歯科) 指定訪問看護事業者	
		変更後の内容 (※1)		
保険医療機関 保険薬局 指定訪問看護事業者	名称	<input type="checkbox"/>		
	所在地	<input type="checkbox"/>	〒	
	電話番号	<input type="checkbox"/>		
	コード	<input type="checkbox"/>		
開設者 代表者	住所又は所在地	<input type="checkbox"/>	〒	
	氏名又は名称	<input type="checkbox"/>		
標榜している診療科名 (病院・診療所のみ記載)		<input type="checkbox"/>		
訪問看護ステーション (訪問看護事業者のみ記載)	名称	<input type="checkbox"/>		
	所在地	<input type="checkbox"/>	〒	
役員の職名及び氏名 (開設者が法人の場合) (※2)		<input type="checkbox"/>	職名	氏名
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け出を行うべき事項に変更が生じたため届出を行う。				
年 月 日				
開設者又は代表者				
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) :				
神戸市長 あて				

※1 変更があるもののみ☑をいれ、変更後の内容を記載してください。

※2 記載欄が不足する場合は、「別添のとおり」と記載し、役員名簿を添付してください。