

様式第19号（第18条関係）

指定小児慢性特定疾病医療機関変更届出書

年 月 日

(提出先)
川越市長

開設者又は事業者
住所
(所在地)
氏名

(名称及び代表者氏名)

指定小児慢性特定疾病医療機関の指定に係る事項に変更がありましたので、児童福祉法第19条の14の規定により届け出ます。

		医療機関番号	
指定内容を変更した医療機関	名称		
	所在地		
変更があった事項		変更の内容	
1	開設者の住所（訪問看護ステーションの所在地）	(変更前)	(変更後)
2	開設者の氏名又は名称（訪問看護ステーションの名称）		
3	標ぼうしている診療科名 (病院又は診療所の場合のみ)		
4	役員の氏名及び職名		
5	その他		
変更年月日		年	月 日

備考

- 1 該当する項目の番号に「○」を記入してください。
- 2 変更内容が分かる書類を添付してください。
- 3 変更の日から10日以内に届け出てください。