指定小児慢性特定疾病医療機関　**変更**届出書（薬局）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保険医療機関 | 名　称 | □ |  |
| 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 | □ |  |
| 役員の氏名又は職名 | □ | 役員名簿は以下のとおり |
| ＜役員名簿＞　※開設者が法人等の場合のみ必要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | 職　　名 | 氏　　名 | 職　　名 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

　　　上記事項の変更年月日　　　　　年　　月　　日上記のとおり，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出します。　　　　年　　月　　日 　開　　設　　者　　　　　　　　　 住　所（法人にあっては所在地） 氏名又は名称 　　　 　　　　　　 　　　　　　　　 （法人にあっては名称及び代表者氏名）  　高　知　市　長　　様 |

※届出書はすべて記載し，変更があった事項に☑をしてください。