|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 指定訪問看護事業者 | 名　称 | □ |  |
| 所在地 | □ | 〒 |
| 電話番号 | □ |  |
| 代表者 | 住 所 | □ | 〒 |
| 氏 名 | □ |  |
| 訪問看護ステーション | 名　称 | □ |  |
| 所在地 | □ | 〒 |
| 電話番号 | □ |  |
| 訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝｺｰﾄﾞ | □ |  |
| 役員の氏名又は職名 | □ | 役員名簿は以下のとおり |
| ＜役員名簿＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 　指定訪問看護事業者　　　　　　　　　　　　　　 所　在　地 名　　　称代　表　者 　　　 　　　 　 　  　　高　知　市　長　　様 |

指定小児慢性特定疾病医療機関　**変更**届出書（訪問看護事業者）

※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。