

指定小児慢性特定疾病医療機関 変更届出書 (病院又は診療所)

保険医療機関	名 称	<input type="checkbox"/>	
	所 在 地	<input type="checkbox"/>	〒
	電 話 番 号	<input type="checkbox"/>	
	医療機関コード	<input type="checkbox"/>	
開 設 者	住 所	<input type="checkbox"/>	
	氏名又は名称	<input type="checkbox"/>	
標榜している診療科名		<input type="checkbox"/>	
役員の氏名及び役職名		<input type="checkbox"/>	(別紙1)
<p>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け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>開 設 者</p> <p>住所 (法人にあつては所在地)</p> <p>氏名 (法人にあつては名称及び代表者氏名)</p> <p>高 知 県 知 事 様</p>			

(注) 記載にあたっては、変更がある事項の□の中にチェック (☑) をし、変更後の内容を記載してください。

指定小児慢性特定疾病医療機関 変更届出書 (薬局)

保 険 薬 局	名 称	<input type="checkbox"/>	
	所 在 地	<input type="checkbox"/>	〒
	電 話 番 号	<input type="checkbox"/>	
	薬 局 コード	<input type="checkbox"/>	
開 設 者	住 所	<input type="checkbox"/>	
	氏名又は名称	<input type="checkbox"/>	
役員の氏名及び役職名		<input type="checkbox"/>	(別紙1)
<p>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け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>開 設 者</p> <p>住所 (法人にあつては所在地)</p> <p>氏名 (法人にあつては名称及び代表者氏名)</p> <p>高 知 県 知 事 様</p>			

(注) 記載にあつては、変更がある事項の□の中にチェック (☑) をし、変更後の内容を記載してください。

指定小児慢性特定疾病医療機関 変更届出書 (指定訪問看護事業者)

指定訪問看護事業者	名 称	<input type="checkbox"/>		
	主たる事務所の所在地	<input type="checkbox"/>	〒	
	電話番号	<input type="checkbox"/>		
	代 表 者	住 所	<input type="checkbox"/>	
		氏 名	<input type="checkbox"/>	
訪問看護ステーション	名 称	<input type="checkbox"/>		
	所 在 地	<input type="checkbox"/>	〒	
	電話番号	<input type="checkbox"/>		
訪問看護ステーションコード	<input type="checkbox"/>			
役員の氏名及び役職名	<input type="checkbox"/>	(別紙1)		
<p>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け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>指定訪問看護事業者</p> <p>所在地</p> <p>名 称</p> <p>代 表 者</p> <p>高 知 県 知 事 様</p>				

(注) 記載にあたっては、変更がある事項の□の中にチェック (☑) をし、変更後の内容を記載してください。

