

指定小児慢性特定疾病医療機関変更届

該当するものに ○をつけて ください。	病院・診療所 ・ 薬局 ・ 訪問看護事業者			
保険医療機関等	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 (訪問看護事業者は主たる事務所の所在地)	<input type="checkbox"/>		
	氏名又は名称	<input type="checkbox"/>		
	代表者 (訪問看護事業者のみ)	住所	<input type="checkbox"/>	
		氏名	<input type="checkbox"/>	
標榜している診療科名 (薬局・訪問看護事業者は記載不要)		<input type="checkbox"/>		
役員の職名及び氏名		<input type="checkbox"/>	(裏面のとおり)	
<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の規定に基づき届出を行います。</p> <p>年 月 日</p> <p>開設者 住所（法人にあっては所在地）</p> <p>氏名（法人にあっては名称及び代表者氏名）</p> <p>鳥取県知事 様</p>				

※ 全ての事項を記載し、そのうち直近の指定の申請（変更届出含む）から変更がある事項に☑を付してください。

備考 医療機関コードに変更がある場合は、変更申請ではなく、廃止届と新規申請を行ってください。

裏面

役員名簿

役職	氏名

記載欄が足りない場合は、別紙により役員名簿を添付してください。