様式２

**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 | | | | | |
| 医療機関コード | | |  | | | | | |
| 保険医療機関等 | 名称 | | 変更前 | |  | | | |
| 変更後 | |  | | | |
| 所在地 | | 変更前 | | 〒 | | | |
| 変更後 | | 〒 | | | |
| 電話番号 | | 変更前 | |  | | | |
| 変更後 | |  | | | |
| 開設者 | 住所 | | 変更前 | |  | | | |
| 変更後 | |  | | | |
| 氏名又は  名称 | | 変更前 | |  | | | |
| 変更後 | |  | | | |
| 役員名簿 | 変更前 | 役職 | 氏名 | | | 変更後 | 役職 | 氏名 |
| 役職 | 氏名 | | | 役職 | 氏名 |
| 役職 | 氏名 | | | 役職 | 氏名 |
| 標している診療科名  （薬局・訪問看護事業者は記載不要） | | | 変更前 |  | | | | |
| 変更後 |  | | | | |
| 上記のとおり、児童福祉法第１９条の１４の規定により届け出ます。  　　　　年　　月　　日  開設者  　住所（法人にあっては所在地）  　氏名（法人にあっては名称及び代表者氏名）      　北九州市長　様 | | | | | | | | |