第１号の２の１５様式（第１条の６関係）

年　　月　　日

指定小児慢性特定疾病医療機関変更届

　世田谷区長　　あて

開設者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

（法人にあっては、主たる事務所の所在地、

名称及び代表者氏名）

次のとおり、児童福祉法第１９条の１４の規定により届け出ます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保険医療機関等 | 名称 | □ |  |
| 所在地 | □ |  |
| 電話番号 | □ |  |
| 医療機関コード | □ |  |
| 開設者 | 氏名又は名称 | □ |  |
| 住所（訪問看護事業者は主たる事務所の所在地を記載してください。） | □ |  |
| 代表者（訪問看護事業者のみ記載してださい。） | 住所 | □ |  |
| 氏名 | □ |  |
| 標榜している診療科目（薬局・訪問看護事業者は記載不要です。) | □ |  |
| 役員の氏名及び職名 | □ |  |

（備考）

　役員等の変更（法人の場合に限る。）については、裏面に記載してください。

（裏面）

役員の氏名及び職名

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

（備考）

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。