

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）

訪問看護 ステーション	名称	<input type="checkbox"/>	変更後	
		<input type="checkbox"/>	変更前	
	所在地	<input type="checkbox"/>	変更後	〒 電話番号（ — — ）
		<input type="checkbox"/>	変更前	〒 電話番号（ — — ）
指定訪問 看護事業者	名称	<input type="checkbox"/>	変更後	
		<input type="checkbox"/>	変更前	
	主たる 事務所の 所在地	<input type="checkbox"/>	変更後	〒 電話番号（ — — ）
		<input type="checkbox"/>	変更前	〒 電話番号（ — — ）
	代表者 住所	<input type="checkbox"/>	変更後	〒 電話番号（ — — ）
		<input type="checkbox"/>	変更前	〒 電話番号（ — — ）
	名前	<input type="checkbox"/>	変更後	
		<input type="checkbox"/>	変更前	
役員の名前 又は職名		<input type="checkbox"/>	(別紙1)	
<p>上記のとおり，指定小児慢性特定疾病医療機関の指定に係る事項に変更があったので，児童福祉法（昭和22年法律第164号）第19条の14の規定により届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: center;">名前又は名称 代 表 者</p> <p>福 山 市 長 様</p>				

※変更がある事項に☑を付すること。

