

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	☐	
	所 在 地	☐	〒
	電話番号	☐	
	医療機関コード	☐	
開設者	住 所	☐	〒
	名前又は名称	☐	
役員の名前又は職名		☐	(別紙 1)
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 2 2 年法律第 1 6 4 号）第 1 9 条の 1 4 の規定により届け出ます。 年 月 日 開 設 者 名前又は名称 福 山 市 長 様			

※変更がある事項に☑を付すること。

(別紙 1)

役員の名前及び職名

申請者（法人）名（ ）

[illegible]