

様式第5号の2の24その1（第6条の2の14関係）

指定小児慢性特定疾病医療機関変更事項届出書（病院、診療所又は薬局用）

令和 年 月 日

（宛先）静岡市長

住所

届出者  
氏名

連絡先

次のとおり変更がありましたので、児童福祉法第19条の14の規定により届け出ます。

指定医療機関の名称		指定医療機関番号	
変更事項	変更前	変更後	変更のあった年月日
指定医療機関の名称			年 月 日
指定医療機関の所在地			年 月 日
開設者の所在地			年 月 日
開設者の氏名又は名称			年 月 日
保険医療機関又は保険薬局である旨			年 月 日
役員の氏名及び職名			年 月 日

（注）変更がない事項の欄は、記入する必要がありません。