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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 届出者 | 住所 |  |  |
|  |
| 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。