|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式第２号 | | | | | |
| 指定小児慢性特定疾病医療機関　変更届出書 | | | | | |
| 指定  医療機関 | 名　　　称 |  | | | |
| 所　在　地 | 〒  茨城県 | | | |
| 指定年月日 |  | | | |
| 変更のあった事項 | | | 変更前 | 変更後 | 変更年月日 |
| 医療  機関等 | 名称 |  |  |  |  |
| 所在地 |  | **〒** | **〒** |  |
| メールアドレス | □ |  |  |  |
| コード |  |  |  |  |
| 開設者 | 住　　　　　所 |  | **〒** | **〒** |  |
| 氏名又は名称 |  |  |  |  |
| 標ぼうしている診療科名 | |  |  |  |  |
| 役員の氏名及び職名 | |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 児童福祉法（昭和22年法律第164号）第19条の14の規定に基づき変更の届出を行うべき事項に変更が生じた  ため届け出ます。  年月日  （開設者）  住所（法人にあっては所在地）  氏名（法人にあっては名称及び代表者氏名）　　　　　　　　　　　　　　  茨城県知事　殿  備考  １　変更のあった事項の該当する□の中にレ印を付すこと。  ２　メールアドレスをお持ちの医療機関は必ず記入すること。  ３　コードの欄は、病院又は診療所の場合は医療機関コード、薬局の場合は薬局コード、訪問看護事業者等の場合は訪問看護ステーションコードを記載すること。 | | | | | |