

様式3 - (2)

指定小児慢性特定疾病医療機関 変更届出書 (薬局)

保険医療機関	名称	<input type="checkbox"/>	
	所在地	<input type="checkbox"/>	
	医療機関 コード	<input type="checkbox"/>	
開設者	住所	<input type="checkbox"/>	
	氏名又は 名称	<input type="checkbox"/>	
役員の氏名又は職名		<input type="checkbox"/>	(別紙1)
<p>上記のとおり、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出を行う。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: center;">開 設 者 氏 名 又 は 名 称</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>熊 本 市 長 (宛)</p>			

※変更がある事項に☑を付すること。

