**指定小児慢性特定疾病医療機関　変更届出書**

別紙様式２

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 該当するものに○を  つけてください。 | | | | 病院・診療所　　薬局　　指定訪問看護事業者 |
| 保険医療機関 | 名称 | |  |  |
| 所在地 | |  | 〒 |
| 医療機関コード | |  |  |
| 開設者 | 住所  (訪問看護事業者は主たる事務所の所在地） | |  | 〒 |
| 氏名又は名称 | |  |  |
| 代表者  （訪問看護事業者のみ記載） | 住所 |  |  |
| 氏名 |  |  |
| 標榜している診療科名  （薬局・指定訪問看護事業者は記載不要） | | |  |  |
| 役員の氏名又は職名 | | |  | （別紙１） |
| 変更年月日 | | | | 年　　　　月　　　　日 |
| 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います。  　　　　年　　月　　日    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）      富山県知事　殿 | | | | |

※保険医療機関を記入のうえ、変更がある事項に☑を付し、変更後の内容を記入すること。

※役員の氏名又は職名に変更がある場合は、別紙１を添付のこと。

※医療機関コードの変更を伴う場合は、変更前の指定医療機関の廃止届及び変更後の医療機関

の新規指定申請が必要。