

年 月 日

指定小児慢性特定疾病医療機関変更届

世田谷区長 あて

開設者 住所

氏名

（法人にあつては、主たる事務所の所在地、
名称及び代表者氏名）

次のとおり、児童福祉法第19条の14の規定により届け出ます。

保険医療機 関等	名称	<input type="checkbox"/>	
	所在地	<input type="checkbox"/>	
	電話番号	<input type="checkbox"/>	
	医療機関コード	<input type="checkbox"/>	
開設者	氏名又は名称	<input type="checkbox"/>	
	住所（訪問看護事業者は主たる事務所の所在地を記載してください。）		<input type="checkbox"/>
	代表者（訪問看護事業者のみ記載してください。）	住所	<input type="checkbox"/>
		氏名	<input type="checkbox"/>
標榜している診療科目 （薬局・訪問看護事業者は記載不要です。）		<input type="checkbox"/>	
役員の氏名及び職名		<input type="checkbox"/>	

（備考）

役員等の変更（法人の場合に限る。）については、裏面に記載してください。

