

様式第3号

札幌市指定小児慢性特定疾患医療機関変更届出書

保険医療機関等	名称	<input type="checkbox"/>		
	所在地	<input type="checkbox"/>	〒 電話番号	
	医療機関 コード	<input type="checkbox"/>		
開設者 又は指定訪問看 護事業者	住所	<input type="checkbox"/>	〒 電話番号	
	氏名又は 名称	<input type="checkbox"/>		
	代表者 (訪問看護事業者 のみ記載)	<input type="checkbox"/>	住所	
標榜している診療科名 (病院・診療所のみ)	<input type="checkbox"/>	氏名		
役員の氏名又は職名 ※1	<input type="checkbox"/>	職名	氏名	

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

あて先) 札幌市長

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) :

※ 変更がある事項に☑を付けてください。

※1 記載欄が不足する場合は、「別添のとおり」と記載し、役員名簿を添付してください。