

札幌市指定小児慢性特定疾病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	
			氏名	
標榜している診療科名 (病院・診療所のみ)	<input type="checkbox"/>			
役員の氏名又は職名 ※1	<input type="checkbox"/>	職名	氏名	
<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います。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>あて先) 札幌市長</p> <p>開設者 住所 (法人にあつては所在地) :</p> <p>氏名 (法人にあつては名称及び代表者氏名) :</p>				

※ 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。