様式第２０号（第1６条関係）

指定小児慢性特定疾病医療機関　変更届出書（病院・診療所）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保険医療機関 | 名称 | **□** |  |
| 所在地 | **□** | 〒 |
| 医療機関  コード | **□** |  |
| 開設者 | 住所 | **□** |  |
| 氏名又は  名称 | **□** |  |
| 標榜している診療科名 | | **□** |  |
| 役員の氏名又は職名 | | **□** |  |
| 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け出ます。  　　　　年　　　月　　　日  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名）  （宛先）松本市長 | | | |

※　変更がある事項に☑を付し、その内容を記入すること。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当課 |  | 担当者名 |  |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |

（裏面に続く）

（裏面）

役員の氏名及び職名

申請者（法人）名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 | 職　名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |