

指定小児慢性特定疾病医療機関 変更届出書 (薬局)

保険 医療機関	名称	<input type="checkbox"/>	
	所在地	<input type="checkbox"/>	
	医療機関 コード	<input type="checkbox"/>	
開設者	住所	<input type="checkbox"/>	
	氏名又は 名称	<input type="checkbox"/>	
役員の氏名又は職名		<input type="checkbox"/>	(別紙 1)
<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け出ます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">開設者 氏名又は名称</p> <p>吹田市長宛</p>			

※変更がある事項に☑を付すること。

※変更日から 10 日以内に届け出ること。

