

指定小児慢性特定疾病医療機関変更届出書（薬局）

保険薬局	名称	<input type="checkbox"/>	変更後	
		<input type="checkbox"/>	変更前	
	所在地	<input type="checkbox"/>	変更後	〒 電話番号（    —    —    ）
		<input type="checkbox"/>	変更前	〒 電話番号（    —    —    ）
開設者	住所	<input type="checkbox"/>	変更後	〒 電話番号（    —    —    ）
		<input type="checkbox"/>	変更前	〒 電話番号（    —    —    ）
	名前又は 名称	<input type="checkbox"/>	変更後	
		<input type="checkbox"/>	変更前	
役員の名前又は職名		<input type="checkbox"/>	(別紙 1)	
<p>上記のとおり、指定小児慢性特定疾病医療機関の指定に係る事項に変更があったので、児童福祉法（昭和 2 2 年法律第 1 6 4 号）第 1 9 条の 1 4 の規定により届け出ます。</p> <p>年    月    日</p> <p style="text-align: center;">開    設    者 名前又は名称</p> <p>福    山    市    長    様</p>				

※変更がある事項に☑を付すること。

