別紙様式２－（１）

指定小児慢性特定疾病医療機関　変更届出書（病院・診療所）

変　更　年　月　日	年　　月　　日

保険医療機関の名称、所在地を記載したうえで、変更がある事項のみ☑をして記載して下さい。

保険医療機関	名称　※	☐	
	所在地　※	☐	〒
	電話番号	☐	電話：　　FAX：
	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		☐	（別紙）

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う。

年　　月　　日

開　　設　　者

住　　所

氏 名 又 は 名 称　　印

奈良県知事　殿

※　名称・所在地の変更の場合は、変更前後の名称・所在地を記載して下さい。

（別紙）

役員の氏名及び職名

申請者（法人）名（　　）

氏　　名	職　　名