

指定小児慢性特定疾病医療機関 変更届出書 (指定訪問看護事業者)

|   |                  |                          |                          |
|---|------------------|--------------------------|--------------------------|
| 変 更 年 月 日   |                  | 年 月 日                    |                          |
| 訪問看護ステーションの名称、所在地を記載したうえで、変更がある事項のみ <input checked="" type="checkbox"/> をして記載して下さい。   |                  |                          |                          |
| 訪問看護ステーション  | 名称 ※             | <input type="checkbox"/> |                          |
|   | 所在地 ※            | <input type="checkbox"/> | 〒                        |
|   | 電話番号             | <input type="checkbox"/> | 電話：<br>FAX：              |
|   | 医療機関コード          | <input type="checkbox"/> |                          |
| 指定訪問看護事業者   | 名 称              | <input type="checkbox"/> |                          |
|   | 主たる事務所の<br>所 在 地 | <input type="checkbox"/> | 〒                        |
|   | 電話番号             | <input type="checkbox"/> | 電話：<br>FAX：              |
|   | 代<br>表<br>者      | 住 所                      | <input type="checkbox"/> |
|   |                  | 氏 名                      | <input type="checkbox"/> |
|   | 役員の氏名<br>又は職名    | <input type="checkbox"/> | (別紙)                     |
| <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う。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所 在 地</p> <p style="text-align: center;">名 称</p> <p style="text-align: center;">代 表 者 印</p> <p>奈良県知事 殿</p> |                  |                          |                          |

※ 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。

