

指定小児慢性特定疾病医療機関 変更届出書 (薬局)

変 更 年 月 日	年      月      日	
保険薬局の名称、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。		
保険薬局	名称 ※ <input type="checkbox"/>	
	所在地 ※ <input type="checkbox"/>	〒
	電話番号 <input type="checkbox"/>	電話：                      FAX：
	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)	
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。

