

様式第1号の2の11（第1条の4関係）

指定小児慢性特定疾病医療機関変更届（指定訪問看護事業者）

年 月 日

大分市長

殿

〒

住所又は所在地

開設者 氏名又は名称（法人にあつては名称及び代表者職・氏名）

電話番号

指定小児慢性特定疾病医療機関番号

指定を受けた内容について、次のとおり変更があつたので届け出ます。

変更のあつた年月日		年 月 日		
変更のあつた事項	<input type="checkbox"/>	訪問看護ステーション	ふりがな 名 称	
			所 在 地	〒
			電 話 番 号	
			ステーション コ ー ド	
	<input type="checkbox"/>	指 定 訪 問 看 護 事 業 者	ふりがな 氏名又は名称	
			主たる事務所の所在地	〒
			電 話 番 号	
			代 表 者	ふりがな 職・氏名
	住 所	〒		
	<input type="checkbox"/>	役員 の 職 名 及 び 氏 名 (法 人 の 場 合)		

(備考)

1. 変更のあつた事項をチェックし、変更内容を記載してください。
2. 変更のない事項については記載不要です。
3. 変更のあつた日から10日以内に届け出てください。

(別紙1)

役員名簿

開設者(法人)名 ()

年 月 日現在

役職名	氏名