

(その2)

指定小児慢性特定疾病医療機関 申請事項変更届 (薬局)

保 険 薬 局	フリガナ	<input type="checkbox"/>		
	名 称			
	所 在 地	<input type="checkbox"/>	〒	
	電 話 番 号	<input type="checkbox"/>		
	薬 局 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 及 び 職 名		<input type="checkbox"/>	裏面のとおり	
そ の 他 の 事 項		<input type="checkbox"/>	裏面のとおり	
※変更がある事項に☑をしてください。		変 更 年 月 日	年	月 日
備 考				
<p>児童福祉法（昭和22年法律第164号）第19条の9第1項の規定に基づき申請した事項について変更があったので、同法第19条の14の規定に基づき、届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>開設者 住所（法人にあつては主たる事務所の所在地）</p> <p>氏名（法人にあつては名称及び代表者の氏名）</p> <p>（宛先）松山市長</p> <p>印</p>				

※この変更届は変更があった日から10日以内に提出してください。

(裏面に続く)

