

第1号様式の24（第1条の14関係）

（その1）

指定小児慢性特定疾病医療機関 申請事項変更届（病院・診療所）

保険医療機関	フリガナ	<input type="checkbox"/>	
	名称	<input type="checkbox"/>	
	所在地	<input type="checkbox"/>	〒
	電話番号	<input type="checkbox"/>	
	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"/>	
標ぼうしている診療科名		<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>			

※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）

変更のあった役員の氏名及び職名

申請者（法人）名（ ）

変 更 前		変 更 後	
氏 名	役 職	氏 名	役 職

その他の変更事項

変 更 前	変 更 後