（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 | □ |  | |
| 名称 |  | |
| 所在地 | □ | 〒 | |
| 電話番号 | □ |  | |
| 薬局コード | □ |  | |
| 開設者 | 住所 | □ | 〒 | |
| 氏名又は名称 | □ |  | |
| 役員の氏名及び職名 | | □ | 裏面のとおり | |
| その他の事項 | | □ | 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 |  | | | |
| 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。  　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　開設者  　　　　　　　　　　　　　　　住所（法人にあっては主たる事務所の所在地）  　　　　　　　　　　　　　　　氏名（法人にあっては名称及び代表者の氏名）    （宛先）松山市長 | | | | |

※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 |
|  |  |