

別記第6号様式

指定小児慢性特定疾病医療機関 変更届出書 (病院・診療所)

保険医療機関	名 称	<input type="checkbox"/>	
	所 在 地	<input type="checkbox"/>	
	医 療 機 関 コ ー ド	<input type="checkbox"/>	
開 設 者	住 所	<input type="checkbox"/>	
	氏名または 名 称	<input type="checkbox"/>	
標ぼうとしている診療科名		<input type="checkbox"/>	
役員の氏名または職名		<input type="checkbox"/>	
<p>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，届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">開 設 者 氏名または名称</p> <p>函館市長 様</p>			

※変更がある事項に☑を付すること。

