

様式第10号の19（第4条の6関係）

指定小児慢性特定疾病医療機関変更届出書（薬局用）

保険薬局	名 称	<input type="checkbox"/>	
	所 在 地	<input type="checkbox"/>	
	医療機関コード		
開 設 者	住 所	<input type="checkbox"/>	
	氏名又は名称	<input type="checkbox"/>	
役員の氏名又は職名		<input type="checkbox"/>	
<p>上記のとおり、変更があったため、児童福祉法第19条の14の規定により届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">開 設 者 氏名又は名称 ㊞</p> <p>（宛先）高松市長</p>			

- 注(1) 直近の指定の申請（変更の届出を含む。）から変更がある事項に☑を付すること。
- (2) 役員の氏名又は職名に変更がある場合は、役員名簿（氏名・職名）を添付すること。
- (3) 医療機関コードに変更がある場合は、更新申請書ではなく、新医療コードのための「指定申請書」と旧医療機関コードの指定にかかる「廃止届」の提出が必要です。

