

様式第 10 号の 20 (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 (指定訪問看護事業者用)

訪 問 看 護 ステーション	名 称	<input type="checkbox"/>		
	所 在 地	<input type="checkbox"/>		
	医療機関コード	<input type="checkbox"/>		
指 定 訪 問 看 護 事 業 者	名 称	<input type="checkbox"/>		
	主たる事務所の所在地	<input type="checkbox"/>		
	代 表 者	住 所	<input type="checkbox"/>	
		氏 名	<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;">氏名又は名称 代 表 者 ⑨</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。

