

別紙様式 2 - (2)

指定小児慢性特定疾病医療機関 変更届出書 (薬局)

医療機関コード				
変更日		年 月 日		
保険薬局	名称	<input type="checkbox"/>	変更前	
			変更後	
	所在地	<input type="checkbox"/>	変更前	〒
			変更後	〒
	メールアドレス	<input type="checkbox"/>	変更前	
			変更後	
開設者	住所	<input type="checkbox"/>	変更前	〒
			変更後	〒
	職・氏名・名称	<input type="checkbox"/>	変更前	
			変更後	
役員の氏名又は職名		<input type="checkbox"/>	(別紙 1)	
<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出を行う。</p> <p>年 月 日</p> <p>開設者 住所 氏名又は名称</p> <p>宮崎県知事 殿</p>				

変更がある事項に☑を付すること。

