様式第２号の10（第２条の10関係）（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

静岡県指定小児慢性特定疾病医療機関番号

指定小児慢性特定疾病医療機関指定申請事項変更届出書（薬局）

保険薬局	名称	□	
	所在地	□	
	薬局コード	□	
開設者	住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）	□	
	氏名（法人にあつては、その名称）	□	
役員の職氏名		□	

上記のとおり、児童福祉法第19条の14の規定により届け出ます。

年　　月　　日

開設者氏名

（法人にあつては、その名称及びその代表者の職氏名）

担当者　氏　名（　　）

連絡先（　　）

静岡県知事　様

（注）　変更がある事項の□の中にレ点を付し、変更後の事項を記入してください。