

様式第2号の9（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（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（法人にあつては、主たる事務所の所在地）	<input type="checkbox"/>	
	氏名（法人にあつては、その名称）	<input type="checkbox"/>	
標ぼうしている診療科名		<input type="checkbox"/>	
役員の職氏名		<input type="checkbox"/>	
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>開設者氏名</p> <p>(法人にあつては、その名称及びその代表者の職氏名)</p> <p>担当者 氏 名 ()</p> <p>連絡先 ()</p> <p>静岡県知事 様</p>			

(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。