

様式第1号の5（第1条の2関係）

指定小児慢性特定疾病医療機関変更届出書

令和〇〇年〇月〇〇日

(宛先)

埼玉県知事

開設者・事業者の代表者

医療機関を開設している法人(開設者が個人の場合はその個人)の情報を記載してください。

住所又は所在地 〒000-0000 〇〇市△△〇-〇-〇

氏名又は名称 医療法人〇〇会 理事長 △△ 〇〇

電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

児童福祉法第19条の14の規定により、指定小児慢性特定疾病医療機関の指定に係る事項を次のとおり変更したので届け出ます。

該当する医療機関の種別を囲んでください。

種別（該当するものに○を付すこと。）	病院	診療所	薬局	指定訪問看護事業者
--------------------	----	-----	----	-----------

医療機関の名称が変更となる場合は、変更前の名称を記載してください。

指定小児慢性特定疾病医療機関の名称	医療法人〇〇会 コバトンクリニック
-------------------	-------------------

医療機関コードが変更となる場合は、変更前の医療機関コードを記載してください。

医療機関コード	1 2 3 4 5 6 7
---------	---------------

変更事項 (下記の該当する変更事項の番号に○を付した上で、右欄に変更前及び変更後の内容を記載すること。)	1	変更前	医療法人〇〇会 コバトンクリニック
		変更後	医療法人〇〇会 彩の国クリニック
	2	変更前	1 2 3 4 5 6 7
		変更後	1 1 1 2 2 2 2

変更年月日	1	令和 〇〇 年 △ 月 △△ 日
	2	令和 〇〇 年 △ 月 △△ 日

注 「開設者・事業者の代表者」に住所及び名称を記入すること。

該当する変更事項の番号に○を付けてください。

※ 該当する変更事項の番号に○を付すこと。

- ① 医療機関名称の変更
- ② 医療機関所在地(郵便番号を含む)の変更
- ③ 医療機関コードの変更
- ④ 医療機関電話番号の変更
- ⑤ 開設者名称の変更
- ⑥ 開設者所在地(郵便番号を含む)の変更
- ⑦ 開設者電話番号の変更
- ⑧ 代表者の変更(氏名・役職)
- ⑨ 役員の変更(氏名・役職)