

第1号様式の19（第1条の15関係）

指定小児慢性特定疾病医療機関変更届出書（病院又は診療所）

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	<input type="checkbox"/>	
	氏名又は名称	<input type="checkbox"/>	
標榜している診療科名		<input type="checkbox"/>	
役員の氏名及び職名		<input type="checkbox"/>	(別紙1)
<p>上記のとおり、児童福祉法第19条の14の規定により、変更の届出をします。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: center;">開 設 者 住 所 氏名又は名称</p> <p>久留米市長 宛て</p>			

※ 変更がある事項の口の中にし印を付し、変更後の内容を記載してください。