

第 1 号様式の 20（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（薬局）

保険薬局	名 称	☐	
	所在地	☐	
	医療機関コード	☐	
開設者	住 所	☐	
	氏名又は名称	☐	
役員の氏名及び職名		☐	（別紙 1）

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。

年 月 日

開設者
住 所
氏名又は名称

久留米市長 宛て

※ 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。