

(様式第 2 号)

指定小児慢性特定疾病医療機関 変更届

区分（該当するものに○）		病院（医科・歯科） 薬局		診療所（医科・歯科） 指定訪問看護事業者	
		変更後の内容（※ 1）			
保険医療機関 保険薬局 指定訪問看護事業者	名 称				
	所在地	☐	〒		
	電話番号	☐			
	コード	☐			
開設者 代表者	住所又は所在地	☐	〒		
	氏名又は名称	☐			
標榜している診療科名 （病院・診療所のみ記載）		☐			
訪問看護ステーション （訪問看護事業者のみ記載）	名称				
	所在地	☐	〒		
役員の職名及び氏名 （開設者が法人の場合） （※ 2）		☐	職 名	氏 名	
上記のとおり、児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）第 19 条の 14 の規定に基づき変更の届け出を行うべき事項に変更が生じたため届出を行う。					
年 月 日					
開設者又は代表者					
住所（法人にあっては所在地）：					
氏名（法人にあっては名称及び代表者氏名）：					
神戸市長 あて					

※ 1 変更があるもののみに☑をいれ、変更後の内容を記載してください。

※ 2 記載欄が不足する場合は、「別添のとおり」と記載し、役員名簿を添付してください。