第６号様式（第11条関係）（用紙　日本工業規格Ａ４縦長型）

指定小児慢性特定疾病医療機関変更届出書

年　　　月　　　日

神奈川県知事殿

　　　　　　　　　　　　　　　　届出者　住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

児童福祉法第19条の14の規定により、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 変更事項（名称、所在地を記載したうえで、変更があった事項のみ記入してください。） | | | | | 変更年月日 |
| 病院、診療所又は薬局 | （フリガナ）  名称 | | |  | 年　　月　　日 |
| 所在地 | | | 〒 | 年　　月　　日 |
| 電話番号 | | |  | 年　　月　　日 |
| コード | | |  | 年　　月　　日 |
| 開設者 | （フリガナ）  氏名又は名称 | |  | 年　　月　　日 |
| 住所又は所在地 | | 〒 | 年　　月　　日 |
| 電話番号 | |  | 年　　月　　日 |
| 標ぼうしている診療科名  （病院又は診療所である場合のみ記入してください。） | | |  | 年　　月　　日 |
| 指定訪問看護事業者 | （フリガナ）  名称 | | |  | 年　　月　　日 |
| 主たる事務所の所在地 | | | 〒 | 年　　月　　日 |
| 電話番号 | | |  | 年　　月　　日 |
| 代表者 | | （フリガナ）  氏名 |  | 年　　月　　日 |
| 住所 | 〒 | 年　　月　　日 |
| 訪問看護ステーショ  ン | | （フリガナ）  名称 |  | 年　　月　　日 |
| 所在地 | 〒 | 年　　月　　日 |
| 電話番号 |  | 年　　月　　日 |
| コード |  | 年　　月　　日 |
| 役員の職名及び氏名  （届出者が法人である場合のみ記入してください。） | | | |  | 年　　月　　日 |

備考　１　「コード」の欄について、病院又は診療所である場合は医療機関コード、薬局である場合は薬局コード、指定訪問看護

事業者である場合は訪問看護ステーションコードを記入してください。

２　「役員の職名及び氏名」の欄について、記入欄が不足する場合は、「別添のとおり」と記入し、役員名簿の写しを添付

してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 添付書類 | 「神奈川県指定小児慢性特定疾病医療機関指定通知書」の写しを添付すること。 |