様式第２号－２

指定小児慢性特定疾病医療機関　変更届出書（薬局）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保険医療機関 | 名称 |  |  |
| 所在地 |  | 〒  （電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 医療機関  コード |  |  |
| 開設者 | 住所 |  |  |
| 氏名又は  名称 |  |  |
| 標榜している診療科名 | |  |  |
| 役員の氏名又は職名 | |  | （別紙１）注：法人の場合のみ |
| 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  氏名又は名称    福　岡　市　長　　様 | | | |

※全ての事項について記載し、そのうち直近の指定の申請（変更届出含む）から変更がある事項に☑を付すること。