

指定医療機関（難病）  
指定小児慢性特定疾病医療機関

変更届出書

該当するものに ○をつけてくだ さい	難病 小児慢性特定疾病	病院・診療所	薬局	訪問看護事業者等	
変更がある事項に☑をしてください					
保険医療機関等	名称	<input type="checkbox"/>			
	所在地	<input type="checkbox"/>			
	電話番号	<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"/>			
	代表者 (訪問看護事業 者等のみ記載)	住所	<input type="checkbox"/>		
		氏名	<input type="checkbox"/>		
標榜している診療科名 (薬局・訪問看護事業者は記載不要)		<input type="checkbox"/>			
役員の氏名及び職名（開設者が法人の場合） <input type="checkbox"/>					
氏名	職名	氏名	職名		
<p>上記のとおり、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・難病の患者に対する医療等に関する法律第19条</li> <li>・児童福祉法第19条の14</li> </ul> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">開設者氏名（法人にあっては名称及び代表者氏名）</p>					
島根県知事 様					