別紙様式２－（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 |  | 〒 |
| 医療機関コード |  |  |
| 開設者 | 住所 |  |  |
| 氏名又は名称 |  |  |
| 役員の氏名又は職名 |  | 　（別紙１） |
| 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長野県知事　殿 |

※変更がある事項に☑を付すること。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当部署 |  | 担当者名 |  |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |

 （別紙１）

役員の氏名及び職名

申請者（法人）名（　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 | 職　名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |