

(様式第 22-1 号)

指定小児慢性特定疾病医療機関 変更届出書 (病院・診療所)

保険 医療機関	名称	<input checked="" type="checkbox"/>	なにわ大学病院
	所在地	<input type="checkbox"/>	〒567-0000 茨木市〇〇町 2-1-22
	電話番号	<input type="checkbox"/>	072-123-××××
開設者	医療機関 コード	<input type="checkbox"/>	12-34567
	住所	<input type="checkbox"/>	〒540-0008 大阪府中央区大手前 3-2-12
標榜している診療科名	氏名又は 名称	<input type="checkbox"/>	学校法人なにわ大学
		<input type="checkbox"/>	内科、呼吸器科、消化器科、小児科、外科、整形外 科、心臓血管外科、皮膚科、泌尿器科、眼科、ア レルギー科
役員の氏名又は職名		<input type="checkbox"/>	(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

令和 3 年 2 月 1 日

開設者
住所（法人にあつては所在地）
大阪府中央区大手前 3-2-12
氏名（法人にあつては名称及び代表者氏名）
学校法人なにわ大学 理事長 大阪 太郎

大阪府知事 様

変更の有無にかかわらず、近畿厚生局に届け出ている全項目について記載下さい。

- 備考 1 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。
2 変更の無い項目についても全て記載すること。
3 開設者が法人にあつては裏面の役員名簿に必要事項を記載すること。

(別紙1)

役員の名及び職名

申請者(法人)名()

役職	氏名

法人の場合、法人登記されている役員について記載下さい。(役員以外(管理者等)は記載不要です。)
※個人の場合は記入不要です。