

(様式第 22-2 号)

指定小児慢性特定疾病医療機関 変更届出書 (薬局)

保険薬局	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		
開設者	住所	<input type="checkbox"/>	〒
	氏名又は 名称	<input type="checkbox"/>	
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う。

年 月 日

開設者
住所（法人にあっては所在地）
氏名（法人にあっては名称及び代表者氏名）

大阪府知事 様

- 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 開設者が法人にあっては裏面の役員名簿に必要事項を記載すること。

