**指定小児慢性特定疾病医療機関　変更届出書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 名称 |  | | | |
| 所在地 |  | | | |
| （ＴＥＬ）　　　　　　　　　　（ＦＡＸ） | | | |
| 変　更　事　項 | 変　　更　　後 | | 変　　更　　前 | |
|  |  | |  | |
| 変更年月日 | 年　　　月　　　日 | | | |
| 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け出を行うべき事項に変更が生じたため届け出ます。  なお、申請内容に直接影響のない軽微な誤記や明らかな誤字脱字に対する訂正を市が行うことに同意します。  　　 年　　 月　　 日 | | | | |
| 開設者住所 | | 〒 　　　－ | | |
| （ふりがな）  開設者氏名 | | （） | |  |
| 広　島　市　長　　様 | | （法人にあっては主たる事務所の所在地、法人の名称及び代表者の職氏名） | | |

※ 役員についての変更の場合で、既に作成済みの名簿がある場合は別紙により役員名簿を添付してください。