

様式22-4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)

変更箇所を黄色にしてください 申請件数計 () 件

番号	医療機関コード	名称	郵便番号	所在地	電話番号	診療科目	開設者 (氏名又は名称)	開設者の住所又は所在地	役員の職・氏名
例	12-3456	医療法人〇〇会〇〇クリニック	123-4567	〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号	12-3456-7890	内科、外科	医療法人〇〇会 理事長 山田 太郎	〒123-4567 〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号	理事長 山田 太郎 理事 山田 花子 : ※1
1									
2									
3									
4									
5									
6									

上記の通り、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名)

大阪府知事 様

注1:役員の職・氏名がセルに入りきらない場合は別紙にご記入ください。また機関ごとに役員が異なる場合はシートを複写してご使用ください。

注2:7機関以上を同時申請される場合は別シートにご記入ください

