

第1号様式の22（その2）（第1条の21関係）

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	<input type="checkbox"/>	
開設者	住所又は所在地	<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)
変更年月日			年 月 日
<p>指定小児慢性特定疾病医療機関として届出を行うべき事項に変更が生じたので、児童福祉法第19条の14の規定により、上記のとおり届け出ます。</p> <p>郡山市長</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">届出者 住所又は所在地 氏名又は名称 及び代表者氏名 電話番号</p>			

備考 変更がある事項の□にレを付し、変更後の内容を記載すること。