**横浜市指定小児慢性特定疾病医療機関　変更届**

**（届出者）** 医療機関住所：

医療機関名称：

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事務担当者名：

|  |  |
| --- | --- |
| **該当するものに○をつけて****ください。** | 病院・診療所　　　　薬局　　　　訪問看護事業者 |
| **医療機関コード** | 変更前 |  |
| 変更後 |  |
| **保険医療機関等** | **名称** | 変更前 |  |
| 変更後 |  |
| **所在地** | 変更前 |  |
| 変更後 |  |
| **電話番号** | 変更前 |  |
| 変更後 |  |
| **開設者** | **住所** | 変更前 |  |
| 変更後 |  |
| **氏名又は****名称** | 変更前 |  |
| 変更後 |  |
| **役員名簿** | 変更前 | **役職** | 氏名 | 変更後 | 役職 | 氏名 |
| **役職** | 氏名 | 役職 | 氏名 |
| **役職** | 氏名 | 役職 | 氏名 |
| **している診療科名****（薬局・訪問看護事業者は記載不要）** | 変更前 |  |
| 変更後 |  |
| **上記のとおり、児童福祉法第１９条の１４の規定により届け出ます。****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）** **横浜市長　殿** |