

様式第3号の3

指定小児慢性特定疾病医療機関 変更届出書（訪問看護ステーション）

			変更前	変更後	
訪問看護 ステーション	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"/>			
指定訪問看護 事業者	名称	<input type="checkbox"/>			
	主たる事務 所の所在地	<input type="checkbox"/>			
	代 表 者	住所	<input type="checkbox"/>		
		氏名	<input type="checkbox"/>		
	役員の氏名 又は職名	<input type="checkbox"/>	（裏面へご記入ください）		
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">開設者 住所（法人にあっては所在地）</p> <p style="text-align: center;">氏名（法人にあっては名称及び代表者氏名）</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>（あて先）東大阪市長</p>					

※変更がある事項に☑を付すること。

