

様式第 3 号の 2

指定小児慢性特定疾病医療機関 変更届出書（薬局）

			変更前	変更後
保険医療機関	名称	☐		
	所在地	☐		
	電話番号	☐		
	医療機関コード	☐		
開設者	住所	☐		
	氏名又は名称	☐		
役員の氏名又は職名		☐	(裏面へご記入ください)	
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。 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） 印 （あて先）東大阪市長				

※変更がある事項に☑を付すること。

役員名簿

[illegible]

記載欄が足りない場合は別紙により役員名簿を添付すること。