

第1号様式の20（第1条の15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"/>	
	医療機関コード	<input type="checkbox"/>	
開設者	住所	<input type="checkbox"/>	
	氏名又は名称	<input type="checkbox"/>	
役員の氏名及び職名		<input type="checkbox"/>	(別紙1)
上記のとおり、児童福祉法第19条の14の規定により、変更の届出をします。			
年 月 日			
開設者 住 所 氏名又は名称			
久留米市長 宛て			

※ 変更がある事項の口の中にし印を付し、変更後の内容を記載してください。