第1号様式の２１（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 （指定訪問看護事業者）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 指定訪問看護  事業者 | 名　称 | | □ |  |
| 主たる事務所の所在地 | | □ |  |
| 代表者 | 住　所 | □ |  |
| 氏　名 | □ |  |
| 訪問看護  ステーション | 名　称 | | □ |  |
| 所在地 | | □ | （電話番号　　　　　　　） |
| 役員の氏名  及び職名 | □ | （別紙１） | | |
| 訪問看護ステーションコード | □ |  | | |
| 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    　　　　　　　　　　　　　　　 所在地  　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称  　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者    　久留米市長　宛て | | | | |

※　変更がある事項の□の中にレ印を付し、変更後の内容を記載してください。