

第 1 号様式の 2 1 (第 1 条の 1 5 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		<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"/>	
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)
役員の氏名 及び職名	<input type="checkbox"/>	(別紙 1)		
訪問看護ステー ションコード	<input type="checkbox"/>			
<p>上記のとおり、児童福祉法第 1 9 条の 1 4 の規定により、変更の届出をします。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所在地 名 称 代表者</p> <p>久留米市長 宛て</p>				

※ 変更がある事項の口の中にシ印を付し、変更後の内容を記載してください。