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 | □ |  |
| 所在地 | □ |  |
| 医療機関コード | □ |  |
| 開設者 | 住　所 | □ |  |
| 氏名又は名称 | □ |  |
| 役員の氏名及び職名 | | □ | （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□の中にレ印を付し、変更後の内容を記載してください。