様式第１２号（第１７条の１０関係）

指定小児慢性特定疾病医療機関変更届出書 （病院又は診療所）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保険医療  機関 | 名　称 | □ |  |
| 所在地 | □ |  |
| 医療機関コード | □ |  |
| 開設者 | 住　所 | □ |  |
| 氏名又は名称 | □ |  |
| 標榜している診療科目 | | □ |  |
| 役員の氏名及び職名 | | □ | （別紙１） |
| 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  氏名又は名称  福岡県知事　　殿 | | | |

* 変更がある事項の□の中にレ印を付すること。