

様式第5号の2の24その2（第6条の2の14関係）

指定小児慢性特定疾病医療機関変更事項届出書（訪問看護事業者用）

令和 年 月 日

（宛先）静岡市長

所在地

届出者 名称  
代表者氏名  
連絡先

次のとおり変更がありましたので、児童福祉法第19条の14の規定により届け出ます。

指定医療機関の名称		指定医療機関番号	
変更事項	変更前	変更後	変更のあった年月日
指定訪問看護事業者の名称			年 月 日
指定訪問看護事業者の主たる事務所の所在地			年 月 日
指定訪問看護事業者の代表者の氏名			年 月 日
指定訪問看護事業者の代表者の住所			年 月 日
訪問看護ステーションの名称			年 月 日
訪問看護ステーションの所在地			年 月 日
指定訪問看護事業者である旨			年 月 日
役員の氏名及び職名			年 月 日

（注）変更がない事項の欄は、記入する必要がありません。