様式第３号の３

指定小児慢性特定疾病医療機関　変更届出書（訪問看護ステーション）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 変更前 | 変更後 |
| 訪問看護ステーション | 名称 | □ |  |  |
| 所在地 | □ |  |  |
| 電話番号 | □ |  |  |
| 医療機関コード | □ |  |  |
| 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 | □ |  |  |
| 役員の氏名又は職名 | □ | （裏面へご記入ください） |
| 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（法人にあっては所在地） 　氏名（法人にあっては名称及び代表者氏名）　　 　　　　 印 　　　　　　　　　　　　　　　　  （あて先）八尾市長 |

※変更がある事項に☑を付し、その内容を記入すること。

**役員名簿**

|  |  |
| --- | --- |
| 変更前 | 変更後 |
| 氏名 | 職名 | 氏名 | 職名 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

　記載欄が足りない場合は別紙により役員名簿を添付すること。