

記入見本

様式第 17 号 (第 12 条関係)

(表面)

指定小児慢性特定疾病医療機関 変更届出書 (薬局)

保険 医療機関	名称	<input type="checkbox"/>	変更前	〇〇薬局 △△店
			変更後	
	所在地	<input type="checkbox"/>	変更前	〒573-●●●● 枚方市〇〇△丁目〇番×号
			変更後	
電話番号	<input type="checkbox"/>	変更前	072-〇〇〇-△△△△	
		変更後	072-△〇△-□□〇〇	
開設者	住所	<input type="checkbox"/>	変更前	〇〇市××△丁目×番△号
			変更後	
	氏名 又は名称	<input type="checkbox"/>	変更前	株式会社〇〇 代表取締役 大阪 太朗
		変更後		
役員の氏名及び職名		<input checked="" type="checkbox"/>	裏面に記入	
医療機関コード		24△△△△△		
変更年月日		令和△年 ○月 ○○日		

変更のある項目に
チェックをつけてく
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け出ます。

令和〇年 ○月 ○日

開設者

住所（法人にあっては、所在地）

〇〇市××△丁目×番△号

氏名（法人にあっては、名称及び代表者氏名）

株式会社〇〇

代表取締役 大阪 太朗

（宛先）枚方市長

変更がなくても、全項目の変更前欄に、
近畿厚生局に届け出ている内容をご記
入下さい。

署名または押印をお願いします。

※変更がある事項に☑を付し、その内容を記入すること。

(裏面)

役員の名氏及び職名

届出者(法人)名 (株式会社〇〇 代表取締役 大阪 太朗)

変更前		変更後	
役職	氏名	役職	氏名
代表取締役	枚方 四朗	代表取締役	大阪 太朗
取締役	大阪 花子	取締役	大阪 次郎
監査役	浪花 春子	監査役	浪花 春子

法人の場合、法人登記されている役員についてご記入ください。
[役員以外(管理者等)は記入不要です。]
※個人の場合は、記入不要です。