様式第２号

指 定 医 療 機 関 （ 難 病 ）
指定小児慢性特定疾病医療機関　変更届出書

該当するものに○をつけてください	難病 小児慢性特定疾病			病院・診療所　　薬局　　訪問看護事業者等
変更がある事項に☑をしてください				
保険医療機関等	名称		□	
	所在地		□	
	電話番号		□	
	医療機関コード		／	
開設者	住所		□	
	氏名又は名称		□	
	代表者 （訪問看護事業者等のみ記載）	住所	□	
		氏名	□	
標榜している診療科名 （薬局・訪問看護事業者は記載不要）			□	

役員の氏名及び職名（開設者が法人の場合）□

氏名	職名	氏名	職名

上記のとおり、
・難病の患者に対する医療等に関する法律第１９条
・児童福祉法第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

開設者氏名（法人にあっては名称及び代表者氏名）

島根県知事　様