

記載例

該当するものに○をつけてください	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/>	訪問看護ステーション○○	
	所在地	<input type="checkbox"/>	松江市△△町1234番地	
	電話番号	<input type="checkbox"/>	0852-12-3456	
	医療機関コード	<input type="checkbox"/>	3261234567	
変更箇所に チェック 開設者	住所	<input type="checkbox"/>		
	氏名又は名称	<input type="checkbox"/>		
	代表者 (訪問看護事業者等のみ記載)	住所 <input checked="" type="checkbox"/>	松江市□□町567番地	
		氏名 <input checked="" type="checkbox"/>	松江 花子	
標榜している診療科名 (薬局・訪問看護事業者は記載不要)		<input type="checkbox"/>		
役員の氏名及び職名（開設者が法人の場合） <input checked="" type="checkbox"/>				
氏名	職名	氏名	職名	
松江 花子	理事長	松江 太郎	理事	
島根 三郎	理事			
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。				
平成27年○○月△△日				
開設者氏名（法人にあつては名称及び代表者氏名）				
社会福祉法人×× 理事長 ○○ ○○				
島根県知事 様				
<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;"> 社会福祉法人×× 理事長印 </div>				