様式第１４号（第１７条の１０関係）

指定小児慢性特定疾病医療機関変更届出書 （指定訪問看護事業者）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | □ |  |
| 訪問看護ステーション | 名　称 | □ |  |
| 所在地 | □ |  |
| 役員の氏名及び職名 | □ | （別紙１） |
| 訪問看護ステーションコード | □ |  |
| 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 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　 　　　　　　　 福岡県知事　殿 |

* 変更がある事項の□の中にレ印を付すること。