様式第１３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 （薬局）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保険薬局 | 名　称 | □ |  |
| 所在地 | □ |  |
| 薬局コード | □ |  |
| 開設者 | 住　所 | □ |  |
| 氏名又は名称 | □ |  |
| 役員の氏名及び職名 | | □ | （別紙１） |
| 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  氏名又は名称  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。