第4号様式の2(第6条関係)

年　　月　　日

　青森県知事　　　　　　　　　　殿

住所

指定小児慢性特定疾病医療機関の開設者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 | 法人にあつては、名称及び代表者の氏名 | 　 |

指定小児慢性特定疾病医療機関申請事項変更届出書

　指定小児慢性特定疾病医療機関の申請事項に変更があつたので、児童福祉法第19条の14の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 変更事項 | 　 |
| 変更内容 | 変更前 | 　 |
| 変更後 | 　 |
| 変更年月日 | 年　　　月　　　日 |

注　用紙の大きさは、日本産業規格A4縦長とする。