

名称		<input type="checkbox"/>
所在地		<input type="checkbox"/>
電話番号		<input type="checkbox"/>
医療機関コード		<input type="checkbox"/>
病院・診療所	開設者	住所 <input type="checkbox"/>
		氏名又は名称 <input type="checkbox"/>
	標榜している診療科名 <input type="checkbox"/>	
薬局	開設者	住所 <input type="checkbox"/>
		氏名又は名称 <input type="checkbox"/>
指定訪問看護事業者	主たる事業所の所在地 <input type="checkbox"/>	
	名称 <input type="checkbox"/>	
	代表者住所 <input type="checkbox"/>	
	代表者氏名 <input type="checkbox"/>	
役員の氏名及び職名		<input type="checkbox"/> 裏面に記載
変更年月日		年 月 日

※直近の指定申請又は変更届出から変更がある事項に☑を記入し、その内容を記載すること。

児童福祉法第19条の14の規定に基づき、変更の届け出を行うべき事項に変更が生じたため届け出ます。

年 月 日

(宛先)寝屋川市長

開設者又は指定訪問看護事業者

住所:

(法人にあつては、所在地)

氏名:

(法人にあつては、名称及び代表者氏名)

(裏面)

役員名簿

役職	氏名

※記載欄が足りない場合は、別紙により役員名簿を添付すること。