様式第２号の11（第２条の10関係）（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

静岡県指定小児慢性特定疾病医療機関番号

指定小児慢性特定疾病医療機関指定申請事項変更届出書（指定訪問看護事業者）

訪問看護ステーション	名称	□	
	所在地	□	
	訪問看護ステーションコード	□	
指定訪問看護事業者	主たる事務所の所在地	□	
	名称	□	
	代表者の職氏名	□	
	役員の職氏名	□	

上記のとおり、児童福祉法第19条の14の規定により届け出ます。

年　　月　　日

指定訪問看護事業者

名　　称

代表者職氏名

担当者　氏　名（　　）

連絡先（　　）

静岡県知事　様

（注）　変更がある事項の□の中にレ点を付し、変更後の事項を記入してください。