

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

指定医療機関変更届出書

年 月 日

相模原市長 あて

届出者 (開設者)	住所 (法人の場合は所在地)	〒
	氏名 (法人は名称及び代表者役職氏名)	
指定医療機関	コード 1	
	名称	
	所在地	〒 相模原市
(担当者：氏名		電話番号)

難病の患者に対する医療等に関する法律第19条の規定により、次のとおり届け出ます。

変更事項 (変更があった事項のみ記入してください。)			変更年月日
医療機関等	ふりがな 名称		年 月 日
	所在地	〒 相模原市	年 月 日
	電話番号		年 月 日
	標ぼうしている診療科名 (病院又は診療所のみ記載)		年 月 日
開設者 2	法人名称 (法人の場合)		年 月 日
	代表者役職 (法人の場合)		年 月 日
	ふりがな 氏名 (法人の場合は代表者氏名)		年 月 日
	住所 (法人の場合は所在地)	〒	年 月 日
役員の職名及び氏名 (届出者が法人の場合) 3	職名	氏名	年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日

1 「コード」の欄は、病院又は診療所である場合は医療機関コード、薬局である場合は薬局コード、指定訪問看護事業者等である場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号を記載してください。

なお、法人化等によりコードが変わる場合は、「指定医療機関変更届出書」ではなく、「指定医療機関休止等届出書」と「指定医療機関指定申請書」の提出が必要となります。

2 指定通知書は、開設者あてに送付します。

3 「役員の職名及び氏名」の欄に書ききれない場合は、「別添のとおり」と記載し、役員名簿の写しを添付してください。

変更前の指定医療機関指定通知書(原本)を添付してください。