

指定医療機関変更届出書

(病院又は診療所 薬局 訪問看護ステーション等 介護医療院)

指定医療機関	名 称	<input type="checkbox"/>				
	所 在 地	<input type="checkbox"/>	電話 ()			
	コード (注1)					
開設者	氏名又は名称	<input type="checkbox"/>				
	住所又は所在地	<input type="checkbox"/>	電話 ()			
	法人代表者	<input type="checkbox"/>		職 名	<input type="checkbox"/>	
標榜している診療科目		<input type="checkbox"/>	(病院又は診療所のみ記入して下さい。)			
役員及び管理者の職・氏名		<input type="checkbox"/>	職 名	氏 名		
<p>上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第19条第1項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け出ます。</p> <p style="text-align:center;">年 月 日</p> <p style="text-align:center;">開設者</p> <p style="text-align:center;">住 所 〔 法人の場合は所在地 〕</p> <p style="text-align:center;">氏 名 〔 法人の場合は名称及び代表者の職・氏名 〕</p> <p style="text-align:center;">京都府知事 様</p>						

※太枠内の内容は必ず記入して下さい。

※変更がある事項の□の中にレ印を付けて下さい。

※「役員及び管理者の職・氏名」欄に全員記入できない場合は、別紙に記入して下さい。

(注1)介護医療院の場合、医療機関コード又は介護保険事業所番号を記入して下さい