

様式2 - (1)

指定医療機関変更届出書 (病院又は診療所)

変 更 年 月 日		年 月 日	
保険医療機関の名称、所在地を記載したうえで、変更がある事項のみ☑をして記載して下さい。			
保険医療機関	名 称 ※1	<input type="checkbox"/>	
	所 在 地 ※1	<input type="checkbox"/>	〒
	電 話 番 号	<input type="checkbox"/>	電話 FAX
	医 療 機 関 コー ト	<input type="checkbox"/>	
開 設 者	住 所	<input type="checkbox"/>	〒
	氏 名 又 は 名 称	<input type="checkbox"/>	
	生 年 月 日 ※2	<input type="checkbox"/>	
	職 名 ※3	<input type="checkbox"/>	
標 榜 し て い る 診 療 科 目		<input type="checkbox"/>	
役員の氏名及び職名		<input type="checkbox"/>	(別紙)
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。 年 月 日 開 設 者 住 所 氏 名 又 は 名 称 印 奈良県知事 殿			

※1 名称・所在地の変更の場合は、変更前後の名称・所在地を記載して下さい。

2 開設者が法人の場合は記入不要

3 開設者が個人の場合は記入不要

