

指定医療機関変更届出書

年 月 日

(届出先)  
横浜市長

住所 (法人は所在地)

申請者※

氏名 (法人は名称及び代表者)

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。

現在指定を受けている事項			
届出者の種別	<input type="checkbox"/> 病院又は診療所 <input type="checkbox"/> 保険薬局 <input type="checkbox"/> 指定訪問看護事業者等		
名 称			
所 在 地			
コード※ 2			
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
保健医療機関 保険薬局 訪問看護 ステーション	(フリガナ) 名 称		年 月 日
	所 在 地		年 月 日
	電 話 番 号		年 月 日
開 設 者 ※ 1	住 所 (法人は所在地)		年 月 日
	氏 名 (法人は名称及び代表者名)		年 月 日
標ぼうしている診療科名 (病院・診療所のみ記載)			年 月 日
役員の氏名及び職名 (開設者が法人の場合のみ記入) ※ 3	氏 名	職 名	年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日

(注意) ※ 1 「開設者」について、指定訪問看護事業者等にあつては、主たる事務所の所在地及び名称並びに当該事業者等の代表者の住所及び氏名を記入してください。

※ 2 医療機関の場合は医療機関コード、薬局の場合は薬局コード、指定訪問看護事業者等の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入してください。

※ 3 書ききれない場合は、別紙に記載してください。