

指定医療機関変更届

保険医療機関等	保険医療機関等の区分	病院又は診療所 ・ 薬局 ・ 指定訪問看護事業者等									
	保険医療機関等コード	2	1								
	名称	変更前					変更後				
	所在地	〒 -					〒 -				
	電話番号										
メールアドレス											
開設者等	住所又は所在地 (法人にあつては、 主たる事務所の所在地)	〒 -					〒 -				
	氏名又は名称 (法人にあつては、 名称及び代表者職氏名)										
標ぼうしている診療科名 (病院又は診療所のみ記載)											
役員の職名及び氏名 (申請者が法人の場合)	職名	氏名				職名	氏名				
変更年月日		年 月 日									
<p>変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため、難病の患者に対する医療等に関する法律第19条の規定により届け出ます。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>岐阜県知事 様</p> <p>届出者 住所又は所在地 (開設者等) (法人にあつては、 主たる事務所の所在地)</p> <p>氏名又は名称 (法人にあつては、 名称及び代表者職氏名)</p>											

[事務担当者の連絡先]

部署等		担当者氏名		電話番号	
-----	--	-------	--	------	--

- 備考
- 「保険医療機関等の区分」は、該当するものを○で囲んでください。
 - 「保険医療機関等コード」は、病院又は診療所の場合は保険医療機関コードを、薬局の場合は保険薬局コードを、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載してください。
 - 変更のある事項について、変更内容を記載してください。
 - 役員の記載欄が不足する場合は、「別添のとおり」と記載し、役員名簿を添付してください。