

指定自立支援医療機関(更生・育成医療)変更届(病院又は診療所)

新	医療機関	名 称	(医療機関コード)			
		所 在 地	〒	-	TEL	()
	開設者	住 所	〒	-	TEL	()
		氏名又は 名 称				
		生年月日		職名		
旧	医療機関	名 称	(医療機関コード)			
		所 在 地	〒	-	TEL	()
	開設者	住 所	〒	-	TEL	()
		氏名又は 名 称				
		生年月日		職名		
新	主として担当する医師 又は 歯科医師の氏名				経歴	(別紙①)
旧	主として担当する医師 又は 歯科医師の氏名					
その他変更事項						
変更年月日			年 月 日			
<p>上記、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第 64 条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</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p>(提出先)</p> <p style="text-align: center;">大 阪 市 長</p>						

※変更される項目は必ず新旧とも記入してください。※医療機関名称以外の変更を届ける場合、必ず現在の医療機関名を旧の欄に記入して下さい。※病院又は診療所の所在地や担当しようとする医療の種類を変更する場合は新規(変更)申請書を提出して下さい。