

指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)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					
担当する医療の種類						
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>年 月 日</p> <p>開 設 者</p> <p>住 所</p> <p>氏名又は名称</p> <p>(提 出 先)</p> <p>大 阪 市 長</p>						

※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。