

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)

旧の記載欄は現在登録している内容をすべて記載をお願いします

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	医療法人〇〇会 〇〇病院 (医療機関コード 〇〇〇〇〇〇)		
		所 在 地	大阪市〇〇区〇〇〇丁目〇番〇号 〒〇〇〇-〇〇〇〇 TEL 06(〇〇〇〇)〇〇〇〇		
	開設者	住 所	大阪市〇〇区〇〇〇丁目〇番〇号 〒〇〇〇-〇〇〇〇 TEL 06(〇〇〇〇)〇〇〇〇		
		氏名又は 名 称	医療法人〇〇会 理事長 大阪 太郎		
		生年月日	昭和〇年〇月〇日	職名	理事長
新	主として担当する医師 又は 歯科医師の氏名		浪速 次郎	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		大阪 太郎		
担当する医療の種類			腎臓		
変更年月日			令和〇年〇月〇日		
<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;">令和〇年 〇月 〇日</p> <p style="text-align: center;">開 設 者 医療法人〇〇会</p> <p style="text-align: center;">住 所 大阪市〇〇区〇〇〇丁目〇番〇号</p> <p style="text-align: center;">氏 名 理事長 浪速 次郎</p> <p>(提出先) 大 阪 市 長</p>					

旧に現在登録している医師の氏名、新に変更する氏名を記載

変更する医師の担当する医療の種類を記載

※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。