

- ・生活保護法
- ・中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による

- 病 院 歯 科
- 診 療 所 薬 局
- そ の 他
- 指定医療機関変更届出書

医療機関等コード  -

指定医療機関名称			
所在地 (ビル・マンション名等)		〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 大阪市 区	
連絡先		TEL ( ) -	
		(旧)	(新)
指定 関 連 する 事 項 に	フリガナ		
	名 称		
	所在地 (ビル・マンション名等)	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	連絡先	TEL ( ) -	TEL ( ) -
開 設 者 に 関 する 事 項	法人の場合	フリガナ	
		法 人 名 称	
	個人の場合	フリガナ	
		氏 名	
管 理 者 に 関 する 事 項	フリガナ		
	氏 名		
法第49条の3第4項において規定する診療所または薬局の該当の有無 (裏面記載要領の4参照)		有 ・ 無	有 ・ 無
変 更 年 月 日		平成・令和 年 月 日	

上記のとおり届け出ます。

令和 年 月 日

大阪市長 様

〈申請者（開設者）の氏名及び住所〉

〒 -

住所 \_\_\_\_\_  
\*法人の場合は主たる事務所の所在地

氏名 \_\_\_\_\_  
\*法人の場合は法人名称、代表者の職、氏名

担当者連絡先TEL \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

担当者氏名 \_\_\_\_\_



**注意事項**

- 1 この届出書は、市長あてに提出してください。
- 2 この書類は、指定を受けている内容に変更があった場合、所要事項を記載して提出してください。
- 3 委託患者がいる場合で、その前後措置を必要とするときは、適切な配慮をしてください。

**記載要領**

- 1 指定医療機関等の「名称」は、略称等を用いることなく、医療法等により許可を受けまたは届け出た正式な名称を用い、病院であるか診療所であるか判然としない名称である場合には、名称の次に「（診療所）」のように記載してください。標題の「医療機関の区分」は、該当する□にチェックしてください。
- 2 指定医療機関の「所在地」は、医療法等の届出どおりに記載してください。
- 3 変更事項欄のうち、（旧）の欄については必ず全て記載し、（新）の部分には今回変更された内容のみを記載してください。
- 4 開設者である保険医若しくは保険薬剤師のみが診療若しくは調剤に従事している、または開設者である保険医若しくは保険薬剤師及びその者と同一の世帯に属する配偶者、直系親族若しくは兄弟姉妹である保険医若しくは保険薬剤師のみが診療若しくは調剤に従事している場合は「有」となります。それ以外はすべて「無」となります。法人の場合、実質的におひとりで運営されておられても、「無」となります。
- 5 届出者が法人の場合には、法人名称、代表者の職・氏名及び主たる事務所の所在地を記載してください。届出者（開設者）が個人の場合は、開設者本人の「氏名」・「住所」を記載してください。「担当者連絡先」、「担当者名」欄については、この書類の記入事項にかかる本市からの照会に対応する担当者の連絡先を記入してください。