

指定自立支援医療機関(精神通院医療)指定内容変更届出書

【病院または診療所】

		変 更 前					変 更 後					
医療機関	名 称											
	医療機関コード						/					
	所在地	〒										〒
		電話 ()					電話 ()					
標榜している診療科目												
主として 担当する医師	氏 名											
	経 歴	(別紙)※医師の変更のあった場合に添付										
開設者	名称及び 代表者氏名											
	住 所	〒					〒					
			電話 ()					電話 ()				
	代表者生年月日											
代表者職名												
変更年月日		年 月 日										

上記のとおり、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(平成17年法律第123号)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出を行う。

年 月 日

開 設 者
住 所
氏名または名称

(提出先) 大阪市長

※左列【変更前】の項目は全て記入し、右列【変更後】は変更した項目のみ記入すること