

指定医療機関変更届出書

年 月 日

神奈川県知事殿

届出者〔法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名〕

住 所

氏 名

電話番号

指定医療機関 名 称

所 在 地

コ ー ド

電話番号

難病の患者に対する医療等に関する法律第19条の規定により、次のとおり届け出ます。

変更事項（変更があった事項のみ記入してください。）				変更年月日	
病院、 診療所 又は薬 局	病院、 診療所 又は薬 局	（ふりがな） 名 称		年 月 日	
		所 在 地	〒	年 月 日	
		電 話 番 号		年 月 日	
		コ ー ド		年 月 日	
	開設者	（ふりがな） 氏 名 又 は 名 称		年 月 日	
		住 所 又 は 所 在 地	〒	年 月 日	
		電 話 番 号		年 月 日	
標 ぼう して いる 診 療 科 名 <small>（病院又は診療所である場合のみ記入してください。）</small>			年 月 日		
指定訪 問看護 事業者 等	指定訪 問看護 事業者 等	（ふりがな） 名 称		年 月 日	
		主たる事務所の所在地	〒	年 月 日	
		電 話 番 号		年 月 日	
	代表者	（ふりがな） 名 称		年 月 日	
		住 所	〒	年 月 日	
	訪問看 護ステ ーション等	（ふりがな） 名 称		年 月 日	
		所 在 地	〒	年 月 日	
		電 話 番 号		年 月 日	
		コ ー ド		年 月 日	
		指定年	健 康 保 険	年 月 日	年 月 日
		月 日	介 護 保 険	年 月 日	年 月 日
	役 員 の 職 名 及 び 氏 名 <small>（届出者が法人である場合のみ記入してください。）</small>			年 月 日	

- 備考 1 コード欄について、病院又は診療所である場合は医療機関コード、薬局である場合は薬局コード、指定訪問看護事業者等である場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号を記入してください。
- 2 役員の職名及び氏名欄について、記入欄が不足する場合は、「別添のとおり」と記入し、役員名簿の写しを添付してください。