難病指定医療機関 変更届出書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指定の区分 | | | 病院・診療所・薬局・訪問看護事業所・介護医療院 （いずれかに○印） | | | | | | | | | | | | |
| 変更年月日 | | | ○○　年　○　月　○　日 | | | | | | | | | | | | |
| 届　出　項　目 | | | 変更前 | | | | | | | | | | | 変更後 | |
| 保険医療機関 | 名　　　称 | □ |  | | | | | | | | | | |  | |
| 所　在　地 | □ | 〒 | | | | | | | | | | | 〒 | |
| 指定医療機関番号 | □ | ３ | ４ |  |  |  | |  | 変更の有無に関わらず、名称・所在地・指定医療機関番号を記入してください。 |  |  |  |  | |
| 開設者 | 住所又は所在地 | ☑ | 〒○○○－○○○○  　○市○○町1-10 | | | | | | | | | | | 〒○○○－○◇◇○  ○市◇◇町5-10-2 | |
| 氏名又は名称 | □ |  | | | | | | | | | | |  | |
| 標榜している  診療科目  （病院・診療所・介護　　医療院のみ） | | □ |  | | | | | | | | | | |  | |
| 役員の職・氏名  （開設者が法人の場合） | | □ | 役　職 | | | | | 氏　名 | | | | | | 役　職 | 氏　名 |
|  | | | | |  | | | | | |  |  |
|  | | | | |  | | | | | |  |  |
|  | | | | |  | | | | | |  |  |
|  | | | | |  | | | | | |  |  |
|  | | | | |  | | | | | |  |  |
| 上記のとおり、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。  　　　○○ 年　○　月　○　日  開設者（法人の場合は、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の職・氏名）    必ず記入してください  住所    氏名  広 島 県 知 事　様 | | | | | | | | | | | | | | | |

１　保険医療機関の名称・所在地・指定医療機関番号を、必ず、「変更前」欄に、記入してください。

２　変更があった事項に☑を入れ、「変更前」と「変更後」に記入してください。

３　「役員の職・氏名」欄が不足する場合は、別に「役員名簿」を添付してください。