　　指定医療機関変更届出書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指定医療機関 | | 名　称 | | |  | | | | |
| 所在地 | | | 〒　　　　　　　　　　　　　（TEL）　　　－　　　　－  神戸市 | | | | |
| 変更年月日 | | | | | 令和　　　　年　　　月　　　日 | | | | |
| 変　　　更　　　事　　　項 | | | | | | | | | |
| 保険医療機関  保険薬局  指定訪問看護  事業所  等 |  | 名　称 | | | 変更前 |  | | | |
| 変更後 |  | | | |
|  | 所在地 | | | 変更前 | 〒  神戸市 | | | |
| 変更後 | 〒  神戸市 | | | |
|  | 電話番号 | | | 変更前 |  | | | |
| 変更後 |  | | | |
| 開設者  代表者  （病院・診療所・薬局  のみ記載） |  | 住所又は  所在地 | | | 変更前 | 〒 | | | |
| 変更後 | 〒 | | | |
|  | 氏名又は  名称 | | | 変更前 |  | | | |
| 変更後 |  | | | |
| 標榜している診療科名  （病院・診療所のみ記載） | | | |  | 変更前 |  | | | |
| 変更後 |  | | | |
| 訪問看護ステーションを  管理する事業者 | | | |  | 変更前 | 〒  神戸市 | | | |
| 変更後 | 〒  神戸市 | | | |
| 役員の職名  及び氏名  （開設者が  法人の場合)※3 |  | 変更前 | 職名 | | 氏 名 | | 変更後 | 職名 | 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（平成２６年法律第５０号）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。  　　　　令和　　　年　　　月　　　日  開設者（※上記「開設者・代表者・訪問看護事業者」欄と一致）  住　所（法人にあっては所在地）：  氏　名（法人にあっては名称及び代表者氏名）：    神戸市保健所長　宛 | | | | | | | | | |

※1　 変更事項については□にレ点を記入し、変更前・変更後の内容を記載して下さい。

※2　 病院又は診療所は医療機関コード、薬局の場合は薬局コード、訪問看護事業者の場合は、訪問看護ステーションコードを記載してください。

※3　 記載欄が不足する場合は、「別添のとおり」と記載し、役員名簿を添付してください。