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。