（表）

様式2

指定医療機関指定変更届出書（病院又は診療所・薬局）

＊事務局使用欄＊

指定医療機関【必ず記入】	名称	
	所在地	〒
	電話番号	
	指定の有効期間	年　月　日　～　　年　月　日

変更する項目にチェック（※）			変更前	変更後
保険医療機関名称等	名称	□		
	所在地	□	〒	〒
	標榜している診療科目	□		
開設者	住所	□	〒	〒
	氏名	□		
	職名	□		
変更が生じた年月日			年　　月　　日	
業務を休止、廃止(閉設)、再開した場合			年　　月　　日から 業務を(　休止　・廃止(閉設)・　再開　) します。	

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出を行います。

年　　月　　日　　〔開　設　者〕

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）

佐賀県知事　様

※　開設法人の役員名簿を変更する場合は、裏面に記入してください

※　コード変更の場合は新規の扱いとなりますので、廃止の変更届出書と指定申請書の提出が必要です

（裏）　（指定医療機関名：　　）

□ 役員名簿の変更

変　更　前	
役 職 名	氏　　名

変　更　後	
役 職 名	氏　　名