

## 指定医療機関指定変更届出書 (病院又は診療所・薬局)

記入例

|                  |         |                           |
|------------------|---------|---------------------------|
| 指定医療機関<br>【必ず記入】 | 名称      | 医療法人〇〇会 県庁病院              |
|                  | 所在地     | 〒840-8570<br>佐賀市城内一丁目〇番〇号 |
|                  | 電話番号    | 0952-〇〇-〇〇〇〇              |
|                  | 指定の有効期間 | 〇年 〇月 〇日 ~ 〇年 〇月 〇日       |

| 変更する項目にチェック(※)          |                | 変更前                                      | 変更後          |
|-------------------------|----------------|--|--------------|
| 保険医療<br>機関名称等           | 名称             | <input checked="" type="checkbox"/> 県庁病院 | 医療法人〇〇会 県庁病院 |
|                         | 所在地            | <input type="checkbox"/> 〒               | 〒            |
|                         | 標榜している<br>診療科目 | <input type="checkbox"/>                 |              |
| 開設者                     | 住所             | <input type="checkbox"/> 〒               | 〒            |
|                         | 氏名             | <input type="checkbox"/>                 |              |
|                         | 職名             | <input type="checkbox"/>                 |              |
| 変更が生じた年月日               |                | 〇年 〇月 〇日                                 |              |
| 業務を休止、廃止(閉設)、<br>再開した場合 |                | 年 月 日から<br>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。

〇年 〇月 〇日

〔開設者〕

住 所 (法人にあつては所在地)

〒840-8570

佐賀市城内一丁目〇番〇号

氏 名 (法人にあつては名称及び代表者氏名)

医療法人〇〇会 理事長 佐賀 太郎

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

医療機関コードの変更など、変更届出書のみでは対応不可の場合がありますのでご注意ください。

