|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 第３４号様式 | | | | | | | |
| 変更届出書 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 年　　　月　　　日 | | | | | | | |
| （あて先）川崎市長 | | | | | | | |
|  | | | | 指定自立支援医療機関の開設者等 | | | |
|  | | | |  | | | |
|  | | | | 住　所 | | | |
|  | | | | |  | | |
|  | | | | | 氏　名 | | | |
|  | | | | |  | | |
| 法人又指定訪問看護事業者等にあっては、主 | | | | | | | |
| たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に | | | | | | | |
| 支援するための法律（平成１７年法律第１２３号）第６４条の規定により届け出ます | | | | | | | |
| 指定自立支援  医療機関 | | 名称 |  | | | | |
| 所在地 |  | | | | |
| 自立支援医療の種類 |  | | | | |
| 電話番号 |  | | | | |
| 自立支援医療機関の種別 |  | | | | |
| 開設者  （代表者） | | 住　　　所 |  | | | | |
| 氏名又は名称 |  | | | | |
| 生　年　月　日 |  | | | 職　　名 |  |
| 変更があった事項 | | | 変更の内容 | | | | |
| １ | 開設者の住所、氏名、生年月日及び職名又は名称 | | 変更前 | | | | |
|  | | | | |
| ２ | 訪問看護ステーション等の名称及び所在地 | |  | | | | |
|  | | | | |
| ３ | 保険医療機関、保険薬局又は指定訪問看護事業者である旨 | |  | | | | |
|  | | | | |
| ４ | 標ぼうしている診療科名 | |  | | | | |
|  | | | | |
| ５ | 主に担当する医師又は歯科医師の氏名、生年月日、住所及び経歴 | |  | | | | |
|  | | | | |
| ６ | 自立支援医療を行うために必要な設備の概要 | |  | | | | |
|  | | | | |
| ７ | 患者を入院する施設の有無（有する場合はその入院定員） | | 変更後 | | | | |
|  | | | | |
| ８ | 調剤のために必要な施設及び施設の概要 | |  | | | | |
|  | | | | |
| ９ | 訪問看護等に従事する職員の定数 | |  | | | | |
|  | | | | |
| 10 | 管理薬剤師 | |  | | | | |
|  | | | | |
| 11 | その他（　　　　　　　　　　） | |  | | | | |
|  | | | | |
| 変更年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | |

（注）１　変更があった事項の項目番号に○をしてください。

２　変更内容がわかる書類を添付してください。