

注意事項

- 1 この申請書は、所在地を管轄する福祉事務所長に提出してください。
- 2 この書類は、次の事項に変更があった際に所要事項を記載して提出してください。
 - (1) 医療機関の場合
 - ・名称
 - ・所在地
 - ・開設者の氏名、生年月日、住所
 - ・管理者の氏名、生年月日、住所
 - (2) 助産師又は施術者の場合
 - ・助産師又は施術者の氏名
 - ・助産師又は施術者の居住地
 - ・助産機関又は施術機関の名称
 - ・助産機関又は施術機関の所在地

記載要領

- 1 ※印のところは、不要のものを ――― で消してください。
- 2 指定医療機関等の「番号」は、指定通知書によって通知した番号を算用数字で記載し、下線部分に川崎市又は神奈川県と記入してください。
- 3 指定医療機関等の「名称」は、略称等を用いることなく、医療法等により許可を受け又は届け出た正式な名称を用い、病院であるか診療所であるか判然としない名称である場合には、名称の次に「(診療所)」のように記載してください。
- 4 「委託患者の措置状況」は、既に行った措置及び今後予定している措置を記載してください。
- 5 届出者が法人の場合には、法人名とともにその代表者の氏名及び主たる事務所の所在地を記載してください。