

指定医療機関変更届出書

年 月 日

(宛先) 川崎市長

届出者 (開設者又は事業者)

住 所

氏 名

(法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名)

指定医療機関

名 称

所在地

コード

電話番号

難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第42条の規定により、次のとおり届け出ます。

変更事項 (変更があつた事項のみ記入してください。)		変更年月日		
病院、診療所又は薬局	フリガナ 名 称	年 月 日		
	所在地	年 月 日		
	電話番号	年 月 日		
	コード	年 月 日		
	開設者	フリガナ 氏名又は名称	年 月 日	
		住所又は所在地	年 月 日	
		電話番号	年 月 日	
標ぼうしている診療科名 (病院又は診療所の場合のみ記入)		年 月 日		
指定訪問看護事業者等	フリガナ 名 称	年 月 日		
	主たる事務所の所在地		年 月 日	
	電話番号		年 月 日	
	代表者	フリガナ 氏 名	年 月 日	
		住 所		年 月 日
	訪問看護ステーション等	フリガナ 名 称	年 月 日	
		所 在 地		年 月 日
		電 話 番 号		年 月 日
		コ ー ド		年 月 日
	役員の職名及び氏名 (申請者が法人の場合のみ記入)		年 月 日	

備考1 「コード」の欄は、病院又は診療所である場合は医療機関コード、薬局である場合は薬局コード、指定訪問看護事業者等である場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号を記入してください。

2 役員の職名及び氏名について、指定記入欄で書ききれない場合は「別紙のとおり」と記入して役員名簿の写しを添付してください。