

指定小児慢性特定疾病医療機関 変更届

該当するものに○をつけてください。

病院・診療所		変更届
保険医療機関等	名称	<input checked="" type="checkbox"/> ○○○クリニック
	所在地	<input type="checkbox"/> 〒111-1111 ○○市○○町1-2-3
	電話番号	<input type="checkbox"/> 2222-22-2222
	医療機関コード	<input type="checkbox"/> 3333333
開設者	住所 (訪問看護事業者は主たる事務所の所在地を記載)	<input type="checkbox"/> 〒444-4444 △△市△△町3-4-5
	氏名又は名称	<input type="checkbox"/> 医療法人△△会 理事長 愛知 太郎
	代表者 (訪問看護事業者のみ記載)	住所 <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/>
	住所と氏名又は名称を一致させてください。	
	標榜している診療科名 (薬局・訪問看護事業者は記載不要)	<input type="checkbox"/> ○○科、△△科、□□科
	役員の氏名及び職務名	<input type="checkbox"/> (別紙)
	上記変更があった年月日	令和2年10月1日
上記の変更があった事項の変更年月日を記入してください。令和2年法律第104号)第19条の14の規定に基づき変更が生じたため届出を行う。		
令和2年10月5日		
開設者 住所 (法人にあつては所在地) △△市△△町3-4-5		
氏名 (法人にあつては名称及び代表者氏名) 医療法人△△会 理事長 愛知 太郎		
愛知県知事 殿		

変更がある項目にチェックを入れ、変更後の内容を記入してください。変更がない項目も全て記入してください。(チェックは不要)

東海北陸厚生局に届け出ている内容を記入してください。

病院・診療所、薬局は記入しないでください。

開設者の変更(法人化等)により医療機関コードが変更される場合は、廃止届と指定申請書を提出してください。(本届出書の提出は不要です。)

枠内に記入できない場合は、別紙の役員名簿に全ての役員情報を記入してください。

※変更がある事項に☑をつけること。

公用のメールアドレスがある場合に、丁寧に記入してください。

連絡先電話番号：2222-22-2222
メールアドレス：aaa-000@zzz.co.jp

(届出書の内容確認や更新申請の案内等について、連絡させていただきます。)

別紙

役員の名氏及び職名

申請者（法人）名（ 医療法人△△会 ）

氏 名	職 名
理事長	愛知 太郎
副理事長	〇〇 〇〇
理事	△△ △△

※記載欄が足りない場合は別紙により役員名簿を添付すること。