

指定自立支援医療機関(精神通院医療)変更届

※太枠内は必ず記入すること。

医療機関名				医療機関番号	
変更理由				変更日	年 月 日
変更区分 ※変更項目にチェック			変更前	変更後	
変更を要する項目のみ記載すること。	医療機関	<input type="checkbox"/> 名称			
		<input type="checkbox"/> 所在地	〒 -	〒 -	
		<input type="checkbox"/> 電話番号			
	開設者 (法人の場合は法人の名称及び法人所在地を記載)	<input type="checkbox"/> 住所	〒 -	〒 -	
		<input type="checkbox"/> 氏名又は名称			
			<input type="checkbox"/> 生年月日 (開設者が個人の場合のみ)		
	標榜している診療科(病院・診療所のみ)	<input type="checkbox"/>			
主として担当する医師又は薬剤師	<input type="checkbox"/>		※添付書類を添付し提出すること。 (医師)様式1-(2)、医師免許証(写) (薬剤師)様式2-(2)		
従事する職員の定数(訪問看護のみ)	<input type="checkbox"/>		※添付書類を添付し提出すること。 様式3-(2)		
<p>上記のとおり変更がありましたので、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第64条の規定により届出ます。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>愛知県知事殿</p> <p style="text-align: center;">医療機関の開設者 所在地 名称 開設者(代表者)</p>					

備考 1 医療機関の名称変更の場合は、必ず正式名称を記載すること。

2 薬局、訪問看護ステーション等についても、この様式によること。その場合「医療機関の開設者」を「薬局の開設者」「訪問看護等事業者」と読み替えること。

添付書類

- 主として担当する医師の変更の場合は、主として担当する医師の経歴書(様式1-(2))及び医師免許証の写しを添付すること。
- 主として担当する薬剤師の変更の場合は、主として担当する薬剤師の経歴書(様式2-(2))を添付すること。
- 訪問看護ステーション等において訪問看護若しくは老人訪問看護又は居宅サービス若しくは介護予防サービスに従事する職員の定数を変更する場合は、様式3-(2)を添付すること。