様式第２７号

指定自立支援医療機関(精神通院医療)変更届出書

(病院又は診療所)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更事項 | 変更前 | 変更後 |
| 1　保険医療機関の名称及び所在地 | 　 | 　 |
| 2　開設者の住所及び氏名又は名称，生年月日，職名 | 　 | 　 |
| 3　標榜している診療科目 | 　 | 　 |
| 4　担当する医師の氏名及び経歴 | 　 | (付表1) |
| 5　役員の氏名，生年月日及び住所 | 　 | (付表2) |
| 　上記のとおり，障害者総合支援法第６４条の規定に基づき変更の届出を行うべき事項について変更があったので届け出ます。　　　　　年　　月　　日　　　(宛先)　　　　　　　　　　　　　　　　　（　医療機関　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　 在 　地 名　　　　称　　　　　　　　　　　　　　　　　（　開 設 者　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　 所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名又は名称　　　　　　 　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

付表

経歴書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏名 |  | 生年月日 | 　 |
| 現住所 | 　 |
| 年月日 | 任免事項 |
| 　 | 　 |

　※　医師免許証の写しを添付すること。