

指定医療機関変更届出書

(病院又は診療所)

保険医療機関	<input type="checkbox"/>	変更前	名 称	
	<input type="checkbox"/>	変更後	フリガナ ----- 名 称	
	<input type="checkbox"/>	所 在 地		〒 ー  (電話番号： )
	<input type="checkbox"/>	医療機関コード		
開 設 者	<input type="checkbox"/>	住 所		〒 ー  (電話番号： )
	<input type="checkbox"/>	名 称		
	<input type="checkbox"/>	標 榜 して いる 診 療 科 名		
	<input type="checkbox"/>	役 員 の 氏 名 及 び 職 名		(別紙1)
変 更 年 月 日			年 月 日	
<p>上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第19条の規定に基づき変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため届出を行う。</p> <p>年 月 日</p> <p>(あて先) 福岡市長</p> <p style="text-align: right;">開 設 者 住 所 氏名又は名称</p>				

※ 「保険医療機関」欄は、変更の有無にかかわらず必ず記入すること。

※ 変更がある事項の□の中にレ印を付すること。