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)**

**※　「変更前」は全てを記入し、「変更後」には変更する事項のみを記入すること。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 変更事項 | 変更前 | 変更後 |
| 保険医療機関 | 名称 |  |  |
| 所在地 | 〒 | 〒 |
| 電話番号 |  |  |
| 医療機関コード |  |  |
| 開設者 | 住所※法人の場合、主たる事業所住所 | 〒 | 〒 |
| 氏名※法人の場合、名称 |  |  |
| 主として担当する医師の氏名※変更する場合は付表を作成 |  |  |
| 変更年月日 | 令和　　年　　月　　日より実施 |
| 　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条の規定により届け出ます。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日　　福岡市長　　様　　　　　　　　　　　　　　　　　**開設者**住所（法人の場合、主たる事業所の所在地）　　　　氏名（法人の場合、名称及び代表者氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

付表

経歴書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 　 |
| 氏名 |  |
| 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。**