|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**指定医療機関変更届出書**

年　　月　　日

相模原市長　あて

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 届出者（開設者） | 住所（法人の場合は所在地） | 〒 |
| 氏名（法人は名称及び代表者役職氏名） |  | 　 |
| 指定医療機関 | コード※１ |  |  |
| 名称 |  |  |
| 所在地 | 〒相模原市 |  |
| （担当者：氏名　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　） |

難病の患者に対する医療等に関する法律第１９条の規定により、次のとおり届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| **変更事項**（変更があった事項のみ記入してください。） | 変更年月日 |
| 医療機関等 |  |  | 年　　月　　日 |
| 所在地 | 〒相模原市 | 年　　月　　日 |
| 電話番号 |  | 年　　月　　日 |
| 標ぼうしている診療科名（病院又は診療所のみ記載） |  | 年　　月　　日 |
| 開設者　※２ | 法人名称（法人の場合） |  | 年　　月　　日 |
| 代表者役職（法人の場合） |  | 年　　月　　日 |
| （法人の場合は代表者氏名） |  | 年　　月　　日 |
| 住所（法人の場合は所在地） | 〒 | 年　　月　　日 |
| 役員の職名及び氏名（届出者が法人の場合）※３ | 職　名 | 氏　名 |  |
|  |  | 年　　月　　日 |
|  |  | 年　　月　　日 |
|  |  | 年　　月　　日 |
|  |  | 年　　月　　日 |

※１　「コード」の欄は、病院又は診療所である場合は医療機関コード、薬局である場合は薬局コード、指定訪問看護事業者等である場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号を記載してください。

なお、法人化等によりコードが変わる場合は、「指定医療機関変更届出書」ではなく、「指定医療機関休止等届出書」と「指定医療機関指定申請書」の提出が必要となります。

※２　指定通知書は、開設者あてに送付します。

※３　「役員の職名及び氏名」の欄に書ききれない場合は、「別添のとおり」と記載し、役員名簿の写しを添付してください。

※変更前の指定医療機関指定通知書（原本）を添付してください。