様式２

特定医療にかかる指定医療機関変更届出書

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関等種別（該当するものに○） | 病院　　診療所　　介護医療院　　薬局　　指定訪問看護事業者等 |
| 保険医療機関等 | 名称 | ☐ |  |
| 所在地 | ☐ | 〒 |
| 電話番号 | ☐ |  |
| コード（※１） |  |  |
| 開設者 (法人の場合は法人の名称及び所在地) | 氏名又は名称 | ☐ |  |
| 住所 | ☐ | 〒 |
| 標榜している診療科名(医療機関のみ記載すること) | ☐ |  |
| 役員の職名及び氏名（開設者が法人の場合のみ記載すること）（※２） | ☐ | 職名 | 氏名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 変更年月日 | 　年　　　月　　　日 |
| 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、届出を行います。　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者　住所（法人の場合は所在地）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（法人の場合は名称及び代表者の職・氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　富　山　県　知　事　殿 |

※　各項目をすべて記載の上、変更がある事項の□の中にレ印を付し、変更後の内容を記載すること。

※１　病院又は診療所の場合は医療機関コード、薬局の場合は薬局コード、訪問看護事業者等の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、介護医療院の場合は介護保険事業所番号を記載すること。

　　　コードの変更を伴う場合は、変更前の指定医療機関の廃止届及び変更後の指定医療機関の新規指定申請の手続きをすること。

※２　記載欄が不足する場合は、「別添のとおり」と記載し、別紙１又は役員名簿を添付すること。

（別紙１）

役員の氏名及び職名

申請者（法人）名　（　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 職　　名 | 氏　　名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |