

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

指定医療機関指定申請事項変更届出書 (病院又は診療所)

指 定 医療機関		医療機関コード										
		名 称										
変更のある事項にレ点を付し、変更後の内容を記入してください。	保 険 医 療 機 関	<input type="checkbox"/>	名 称									
		<input type="checkbox"/>	所 在 地	郵便番号 -								
		<input type="checkbox"/>	連 絡 先	電 話 番 号	-		-					
				電 子 メール ア ド レ ス	@							
	開 設 者	<input type="checkbox"/>	住 所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)	郵便番号 -								
				電話番号 (- -)								
		<input type="checkbox"/>	氏 名 (法人にあっては、その名称)									
		<input type="checkbox"/>	代表者の職氏名 (法人の場合に限る。)									
		<input type="checkbox"/>	標ぼうしている診療科名									
		<input type="checkbox"/>	役員 の 職 氏 名	別紙のとおり								
<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第19条第1項の規定により届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>開設者氏名 (法人にあっては、その名称 及びその代表者の職氏名)</p> <p>担当者 氏 名 ()</p> <p>連絡先 ()</p> <p>静岡県知事 様</p>												

注 「保険医療機関」の「名称」記入欄には、正式名称を記入してください。