

指定医療機関変更届出書

年 月 日

群馬県知事 へ

開設者・事業者の代表者

住 所 〒

氏 名

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します。

区 分 (該当するものに○)		1 病院		2 診療所		3 薬局	
		4 指定訪問看護事業者等 (右の該当するものに○)		[指定訪問看護事業者 指定居宅サービス事業者 指定介護予防サービス事業者]			
コ ー ド (※1)		1	0				
指定医療機関の名称							
指定医療機関 ※2	名 称	<input type="checkbox"/>	変 更 前				
	所 在 地	<input type="checkbox"/>					
	コ ー ド	<input type="checkbox"/>					
開 設 者 (代表者) ※2	住 所	<input type="checkbox"/>	変 更 後				
	氏 名	<input type="checkbox"/>					
	職名又は名称	<input type="checkbox"/>					
標榜している診療科目※2 (医療機関・診療所のみ)		<input type="checkbox"/>					
役員の氏名及び職名※2		<input type="checkbox"/>					
変 更 年 月 日		年 月 日					

※1 「コード」欄について、病院又は診療所の場合は医療機関コード、保険薬局の場合は薬局コード、指定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を記載してください。(一番左の3桁は、医療機関：101、薬局：104、訪問看護事業所：106を記入してください。)

※2 変更がある事項の□にレ点をし、右の欄に変更前と変更後の内容を記載してください。