|  |
| --- |
| 指定医療機関変更届出書　 |
| 　　　　　年　　月　　日（宛先）　新潟市長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者　　　　　　　　　　　　　住所（法人にあっては所在地）　 印　氏名（法人にあっては名称及び代表者氏名）　下記のとおり，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。 |
| 申請の種別（いずれかに○） | １　病院又は診療所　　　　２　薬局　　　　３　指定訪問看護事業者等 |
| 指定医療機関等 | 名称 | ☐ |  |
| 所在地 | ☐ | 郵便番号 |
| 電話番号 | ☐ |  |
| コード※１ | ☐ |  |
| 開設者（代表者） | 住所又は所在地（主たる事務所の所在地） | ☐ |  |
| 氏名又は名称（法人にあっては名称及び代表者氏名） | ☐ |  |
| 標ぼうしている診療科名（病院又は診療所のみ記載） | ☐ |  |
| 役員の職名及び氏名（開設者が法人の場合のみ記載）※２ | ☐ | 職名 | 氏名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| ※１　保険医療機関の場合は医療機関コード，保険薬局の場合は薬局コード，訪問看護事業者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。※２　記載欄が不足する場合は，「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。注１　該当する項目にチェックを記載してください。　２　役員の変更の場合は，難病の患者に対する医療等に関する法律第１４条第２項各号の規定に該当しないことの誓約書を添付してください。 |