|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。 | | | | |