第５号様式（第12条関係）

指定医療機関変更届出書

年　　　月　　　日

神奈川県知事殿

法人にあっては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名

届出者

住所

　　　氏名

　　　電話番号

指定医療機関　名称

　　　　　　　所在地

　　　　　　　コード

　　　　　　　電話番号

難病の患者に対する医療等に関する法律第19条の規定により、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **変更事項（変更があった事項のみ記入してください。）** | | | | | | **変更年月日** |
| 病院、診療所又は薬局 | 病院、診療所又は薬局 | （ふりがな）  名称 | | |  | 年　　月　　日 |
| 所在地 | | | 〒 | 年　　月　　日 |
| 電話番号 | | |  | 年　　月　　日 |
| コード | | |  | 年　　月　　日 |
| 開設者 | （ふりがな）  氏名又は名称 | | |  | 年　　月　　日 |
| 住所又は所在地 | | | 〒 | 年　　月　　日 |
| 電話番号 | | |  | 年　　月　　日 |
| 標ぼうしている診療科名  （病院又は診療所である場合のみ記入してください。） | | | |  | 年　　月　　日 |
| 指定訪問看護事業者等 | 指定訪問看護事業者等 | | （ふりがな）  名称 | |  | 年　　月　　日 |
| 主たる事務所の所在地 | | 〒 | 年　　月　　日 |
| 電話番号 | |  | 年　　月　　日 |
| 代表者 | | （ふりがな）  名称 | |  | 年　　月　　日 |
| 住所 | | 〒 | 年　　月　　日 |
| 訪問看護ステーション等 | | （ふりがな）  名称 | |  | 年　　月　　日 |
| 所在地 | | 〒 | 年　　月　　日 |
| 電話番号 | |  | 年　　月　　日 |
| コード | |  | 年　　月　　日 |
| 指定年月日 | 健康保険 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| 介護保険 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| 役員の職名及び氏名  （届出者が法人である場合のみ記入してください。） | | | | |  | 年　　月　　日 |

備考　１　コード欄について、病院又は診療所である場合は医療機関コード、薬局である場合は薬局コード、指定訪問看護事業者

等である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入してください。

２　役員の職名及び氏名欄について、記入欄が不足する場合は、「別添のとおり」と記入し、役員名簿の写しを添付してく

ださい。