

(県所管用)

記入例

生活保護法等指定 医療機関 変更 届書

記入日 令和〇 年 〇 月 〇〇 日

神奈川県知事 殿

下記のとおり届け出ます。

業務の種類 ※右に○をつけてください。	<input checked="" type="radio"/> 医科 / <input type="radio"/> 歯科 / <input type="radio"/> 薬局 / <input type="radio"/> 訪問看護							
医療機関コード	1	2	3	4	5	6	7	※医療機関コードが変更になる場合は、変更届ではなく、旧コードの廃止届と新コードの指定申請書・誓約書の提出をお願いします。
医療機関名称	(フリガナ) 〇〇クリニック							
	〇〇クリニック							
医療機関所在地	〒 111 - 1111				Tel (222) 222 - 2222			
	〇〇市〇〇〇町1-2-3							

変更内容				変更年月日				
名称	変更前	△△クリニック			令和 元 年 5 月 1 日			
	変更後	(フリガナ) 〇〇クリニック 〇〇クリニック						
開設者	※法人にあっては主たる事務所の所在地、法人名及び代表者の職・氏名							
	変更前	氏名		生年月日	年	月	日	
		住所						
	変更後	氏名	(フリガナ)		生年月日	年	月	日
住所		〒 -						
管理者	変更前	氏名		生年月日	年	月	日	
		住所						
	変更後	氏名	(フリガナ)		生年月日	年	月	日
		住所	〒 -					
その他	変更者	<div style="border: 1px solid orange; border-radius: 15px; padding: 5px; display: inline-block;"> 法人の場合は、主たる事務所の所在地、法人名及び代表者の職・氏名をご記入ください。 </div>				年	月	日

開設者(届出者)

※法人にあっては主たる事務所の所在地、法人名及び代表者の職・氏名

住所 〒 **333 - 3333** Tel (**555**) **555 - 5555**

△△市△△区△△△△4-5-6

氏名

医療法人△△△会 理事長 △△ △△

(印不要)