

指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定内容変更届出書

(病院又は診療所)

		変 更 前	変 更 後
医 療 機 関	名 称	(医療機関コード -)	(医療機関コード -)
	所 在 地	〒 - TEL ()	〒 - TEL ()
開 設 者	住 所	〒 - TEL ()	〒 - TEL ()
	氏名又は 名 称		
標榜している診療科目			
主として担当する医師の氏名			
変更年月日		年 月 日	
<p>上記のとおり、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律64条の規定により、指定内容の変更があったので届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>開 設 者</p> <p>住 所</p> <p>氏 名</p> <p>印</p> <p>大 阪 府 知 事 様</p>			

※ 太枠の欄はすべての項目を記入し、変更後の欄は変更のあった項目のみ記入すること。