

指定自立支援医療機関(育成医療・再生医療) 指定内容変更届出書

		変更前	変更後
医療機関	名称	大手前クリニック (医療機関コード 76-54321)	おおてまえクリニック (医療機関コード 76-12345)
	所在地	〒540-8570 大阪市中央区大手前二丁目 〇〇番〇〇号 TEL 06 (0000) 0000	〒540-8570 大阪市中央区大手前三丁目 ××番××号 TEL 06 (0000) 〇〇〇〇
開設者	住所	〒540-0000 〇〇市××町三丁目2番12号 TEL 06 (0000) 0000	〒540-0000 〇〇市××町四丁目3番13号 TEL 06 (0000) 0000
	氏名又は名称	大阪 太郎	医療法人 〇〇会 理事長 大阪 太郎
標榜している診療科目		〇〇科	
主として担当する医師 又は歯科医師の氏名		大阪 太郎	大阪 花子
自立支援医療を行う為 の入院設備の定員		××人	人
担当している医療の種類		△△に関する医療	
変更年月日		平成〇〇年〇〇月〇〇日	
<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(障害者福祉法)第15条第1項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 医療法人 〇〇会 住所 理事長 大阪 太郎 氏名</p> <p>大阪府知事 様</p>			

変更前の各項目(太線枠内)は必ず全て記入して下さい。

変更後の各項目は変更した項目のみ記入して下さい。

健康保険法の指定を受けている名称、所在地等の情報と合わせて下さい。

大手前2-〇〇-〇〇のような省略した住所で記入しないで下さい。

実際に変更があった日を記入して下さい。

※ 太枠の欄はすべての項目を記入し、変更中段の「開設者」の「住所」「氏名又は名称」と一致させて下さい。