

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。		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 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。
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	
上記のとおり、障害者の日常生活及び社会生活を維持するために指定内容の変更があったので届け出ます。		実際に変更があった日を記入して下さい。	
年 月 日			
開設者		医療法人 〇〇会	
住所		理事長 大阪 太郎	
氏名		大阪 太郎	
大阪府知事様		中段の「開設者」の「住所」「氏名又は名称」と一致させて下さい。	

※ 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。