生活保護法

中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した　　　　指定医療機関　　　変更届書

中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **医療**  **種別** | | | ※該当する医療機関種別に〇をしてください。  病院　　　病院（歯科）　　診療所　　歯科診療所　　　調剤薬局 | | | | | | | | | |
| **基本**  **情報** | | | **指定医療機関名　　　　称** |  | **医療機関**  **コード** |  |  |  |  |  |  |  |
| **指定医療機関所　 在　 地** |  | | | | | | | | |
| **変更内容** | | | | | | | | **変更年月日** | | | | |
| 名称 | 旧 | （フリガナ） | | | | | | 年　　月　　日 | | | | |
| 新 | （フリガナ） | | | | | |
| 所在地 | 旧 | 〒 | | | | | | 年　　月　　日 | | | | |
|  | | | | | |
| 新 | 〒 | | | | | |
|  | | | | | |
| 管理者 | 旧 | （フリガナ） | | | | | | 年　　月　　日 | | | | |
| 新 | （フリガナ） | | | | | |
| 開設者 | 旧 | （フリガナ）  ※法人の場合は法人名称及び代表者職・氏名 | | | | | | 年　　月　　日 | | | | |
| 新 | （フリガナ）  ※法人の場合は法人名称及び代表者職・氏名 | | | | | |
| その他 | 旧 |  | | | | | | 年　　月　　日 | | | | |
| 新 |  | | | | | |
| 上記のとおり変更しましたので届け出ます。  年　　　月　　　日  大阪府知事　様  住所又は所在地  届出者(開設者)  氏名又は名称  　　　　（担当者：　　　　　　　　　Tel:　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |

注意事項

１　この書類は、直接、「大阪府行政オンラインシステム」により大阪府地域福祉推進室社会援護課(大阪府知事)あて提出してください。**（福祉事務所経由は不要です。）**

＊「大阪府行政オンラインシステム」による提出ができない場合は、郵送で提出してください。

２　この書類は、名称、所在地、管理者、開設者及びその他必要な事項に変更があったとき、所要事項を記載して提出してください。

３　名称又は所在地を変更された際はその旨を告示します。

記載要領

１　病院、診療所、老人保健施設又は薬局が届け出る場合には、その病院等について記載してください。

２　基本情報は届出時点の情報を記載してください。

３　名称が変更した場合は、指定医療機関等の「名称」は、略省等を用いることなく、医療法等により許可若しくは指定を受け、又は届け出た正式の名称を用い、病院であるか診療所であるか判然としない名称である場合には名称の次に「（診療所）」のように記載してください。

４　所在地が変更した場合は、番地標記などを正確にご記載ください。

５　管理者が変更した場合は、管理者の氏名（フリガナ）を記入してください。

６　開設者が変更した場合

　　・開設者が法人である場合は、法人の名称、代表者の職、氏名を記載してください。

　　・開設者が個人の場合は、開設者の氏名を記載してください。

　７　その他については、指定の際に届け出た、電話番号及び診療科目を記載してください。