|  |
| --- |
| 指定(難病)医療機関 変更届出書　 |
| 保険医療機関等 | 名 　称 | □ |  |
| 所 在 地（郵便番号含む） | □ | 〒 |
| 電話番号 | □ |  |
| コード | □ |  |
| ※該当する番号を○で囲んで下さい。 |
| １ 病院・診療所 ･ 歯科　 | ２保険薬局 | ３ 指定訪問看護(健康保険法) | ４ 居宅(訪問)(介護保険法) | ５予防（訪問）（介護保険法） |
| 開設者 | 住所又は所在地（郵便番号含む） | □ | 〒 |
| 氏名又は名称 | □ |  |
| 標ぼうしている診療科名（医療機関のみ記載） | □ |  |
| 訪問看護ステーション（訪問看護事業所のみ記載） | 名 称 | □ |  |
| 所在地 | □ |  |
| 役員の職・氏名（開設者が法人の場合）（別紙可） | 職 名 | 氏 名 |
| □ |  | □ |  |
| □ |  | □ |  |
| □ |  | □ |  |
| □ |  | □ |  |
| □ |  | □ |  |
| 上記のとおり難病の患者に対する医療等に関する法律（平成２６年法律第５０号）第１９条の規定に基づき変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため届出を行う。　　　　　　　　　年月日開設者　　　　　　　　　　　　住所（法人にあっては所在地）　：　氏名（法人にあっては名称及び代表者氏名）　：　　　　　　　山口県知事　　　　様 |
| ※変更がある事項の□にレ印を付すること。 |