

## 指定自立支援医療機関（精神通院医療）変更届出書

(病院又は診療所)

		変 更 前	変 更 後
保険医療機関	名 称	〇〇クリニック (医療機関コード〇〇-〇,〇〇〇,〇)	(医療機関コード - )
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 堺市堺区南瓦町3番1号 電話番号 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇	〒 - 電話番号 ( )
開設者	住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 堺市〇区〇〇町〇番〇号 電話番号 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇	〒 - 電話番号 ( )
	氏名又は 名 称	医療法人〇〇会 理事長 〇〇 〇〇	
	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日	
	職 名	理事長	
標榜している診療科目		精神科・心療内科	
主として担当する医師の氏名		〇〇 〇〇	〇△ 〇△
変 更 年 月 日		令和〇年 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総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）第64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。

令和〇年〇〇月〇〇日

開設者

住 所 堺市〇区〇〇町〇番〇号

氏名又は名称 医療法人〇〇会

理事長 〇〇 〇〇

堺市長 殿

## 注意

- 1 変更前の欄は、全ての項目を記入し、変更後の欄は変更のあった項目のみ記入すること。
- 2 「標榜している診療科目」が多数ある医療機関については、精神通院医療に主に関係する診療科目のみで差し支えないこととする。
- 3 「主として担当する医師の氏名」に変更が生じている場合は、変更後の医師の経歴書を添付すること。