

堺市指定医療機関変更届出書

届出区分	<input type="checkbox"/> 病院・診療所 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 指定訪問看護事業者等
堺市指定医療機関指定通知書又は堺市指定医療機関指定更新通知書の写しの添付	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 [理由： <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他（ ）]
変更年月日	年 月 日
医療機関コード・薬局コード・訪問看護ステーションコード・介護保険事業者番号	

※医療機関コード、薬局コード、訪問看護ステーションコード又は介護保険事業者番号に変更がある場合は、本届出書によらず、堺市指定医療機関業務休止等届出書及び堺市指定医療機関指定申請書を提出してください。

※以下の全ての項目に記入し、直近の指定の申請（変更届出を含む。）から変更のある項目には、を記入してください。

医療機関等	名称	<input type="checkbox"/>	
	所在地	<input type="checkbox"/>	〒
	電話番号	<input type="checkbox"/>	
開設者・指定訪問看護事業者等	種別	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 法人 ※役員に変更がある場合は、裏面の役員名簿への記入が必要 <input type="checkbox"/> 個人
	氏名（名称）	<input type="checkbox"/>	
	住所（所在地）	<input type="checkbox"/>	〒
	電話番号	<input type="checkbox"/>	
	代表者 ※ 指定訪問看護事業者等の場合のみ	氏名	<input type="checkbox"/>
	住所	<input type="checkbox"/>	〒
送付先		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 医療機関等（病院又は診療所、薬局、訪問看護ステーション等） <input type="checkbox"/> 開設者・指定訪問看護事業者等 <input type="checkbox"/> 代表者 <input type="checkbox"/> その他（ ）
標榜している診療科名 ※ 病院又は診療所の場合のみ		<input type="checkbox"/>	

上記のとおり、変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため、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条の規定により届け出ます。

堺市長 殿

年 月 日

届出者
住所（所在地）

氏名（名称）

役員名簿

直近の指定の申請(変更届を含む。)からの変更		※いずれかに☑を記入してください。	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
氏名	職名			

注意 記載欄が足りない場合は、別紙により役員名簿を添付してください。