様式２

難病指定医療機関　変更届出書

|  |  |
| --- | --- |
| 変更事由発生年月日 | 年　　月　　日 |
| 指定医療機関 | 名称 | [ ]  | 変更前：変更後： |
| 所在地 | [ ]  | 変更前：変更後： |
| コード | [ ]  | 変更前：変更後： |
| 開設者 | 住所又は所在地 | [ ]  | 変更前：変更後： |
| 氏名又は名称 | [ ]  | 変更前：変更後： |
| 標榜している診療科名（病院・診療所のみ記載） | [ ]  | 変更前：変更後： |
| 役員の氏名及び職名（開設者が法人の場合） | [ ]  | 変更前：別紙のとおり変更後：別紙のとおり |
| 上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律第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け出ます。　　年　　月　　日 　**指定医療機関**名　称：所在地：**開設者** 　　　住　所： 　 氏名又は名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 愛媛県知事　　　　　　　様 |

注１　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とすること。

２　変更が生じた場合、速やかに届け出ること。

３　変更がある事項について☑を付して、記載すること。

４　法人又は指定訪問看護事業者等にあっては、開設者住所は主たる事業所の所在地とし、氏名は法人又は事業者の名称及び代表者の氏名を記載すること。

５　コード欄には、医療機関の場合は医療機関コード、薬局の場合は薬局コード、訪問看護事業者

の場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業者番号を記載し、各コードの通知書を添

付すること。

６　役員の氏名又は職名の変更にあっては、変更前・変更後の別紙（役員名簿）を添付すること。