**生活保護法・中国残留邦人等支援法　指定医療機関　変更届出書**

令和　　　年　　月　　日

(あて先)さいたま市長

　　　　　　　　　　　　　　　申請者（開設者）（法人の場合は、主たる事務所の所在地、法人名称、代表者の職名、氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　　住所 　〒　　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　(担当者 　　　　　　電話（　　　　）　　　－　　　　　）

以下のとおり届出します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 業務の種類 | | 訪問看護ステーション　　　　　　　　　　　　　　　＊医科・歯科・薬局は別様式 | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関名 | |  | | | ステーションコード | |  |  |  | |  |  |  |  |
| 変更内容 | | | | | | | | | | 変更年月日 | | | | |
| 医療機関 | 変更前 | 名称 |  | | | | | | | 令和  　　年　　月　　日 | | | | |
| 住所 |  | | | | | | |
| 変更後 | 名称 |  | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | |
| 開設者 | 変更前 | 氏名 | ※法人の場合は法人名称 | 生年月日 | | Ｔ・Ｓ・Ｈ  年 月 日  ※法人の場合は記載不要 | | | | 令和  　　年　　月　　日 | | | | |
| 住所 | ※法人の場合は主たる事務所の所在地 | | | | | | |
| 変更後 | 氏名 | ※法人の場合は法人名称 | 生年月日 | | Ｔ・Ｓ・Ｈ  年 月 日  ※法人の場合は記載不要 | | | |
| 住所 | 〒  ※法人の場合は主たる事務所の所在地 | | | | | | |
| 管理者 | 変更前 | 氏名 |  | 生年月日 | | Ｔ・Ｓ・Ｈ  年 月 日 | | | | 令和  　　年　　月　　日 | | | | |
| 住所 |  | | | | | | |
| 変更後 | 氏名 |  | 生年月日 | | Ｔ・Ｓ・Ｈ  年 月 日 | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | |
| その他 | 変更前 | |  | | | | | | | 令和  　　年　　月　　日 | | | | |
| 変更後 | |  | | | | | | |