様式第２号　　　　　　　　　　　　（表面）

指定医療機関変更届出書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 記載必須 | □ | 名称 | | （変更前の名称：　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
|  | コード | | １ | １ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 変更がある場合記載してください | □ | 所在地 | | 〒  さいたま市 | | | | | | | | | |
| □ | 電話番号 | |  | | | | | | | | | |
| □ | 開設者・  事業者  の代表  者 | 開設者種別 | １個人　２法人 | | | | | | | | | |
| □ | 住所 | ※法人の場合は法人所在地 | | | | | | | | | |
| □ | 氏名 |  | | | | | | | | | |
| □ | 法人名 | ※法人の場合のみ記入 | | | | | | | | | |
| □ | 職名 |  | | | | | | | | | |
| □ | 標榜している診療科目 | |  | | | | | | | | | |
| □ | 送付先 | | １所在地（指定訪問看護事業者等にあっては法人所在地）のとおり  ２裏面の送付先のとおり | | | | | | | | | |
| □ | 役員の氏名及び職名 | | 裏面又は別紙のとおり | | | | | | | | | |
| 変更年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 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条第１項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・事業者の代表者  住所  氏名又は名称  （あて先）さいたま市長 | | | | | | | | | | | | | |

※ 変更がある事項の□の中にレ印を付すること。

※１　「開設者・事業者の代表者」について、介護医療院及び指定訪問看護事業者等にあっては、主たる事務所の所在地及び名称並びに当該事業者等の代表者の住所及び氏名を記入すること。

※２　「コード」欄について、病院又は診療所の場合は医療機関コード、保険薬局の場合は薬局コード、介護医療院及び指定訪問看護事業者等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所番号を記載すること。

※３　「標榜している診療科目」は病院又は診療所のみ、記入すること。なお、介護医療院は「介護医療院」と記載すること。

（裏面）

送付先（所在地（指定訪問看護事業者等にあっては法人所在地）以外に送付希望の場合のみ記入）

|  |
| --- |
| 〒 |

役員の氏名及び職名

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | 役職 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

記載欄が足りない場合や、既に作成済みの名簿がある場合は別紙により役員名簿を添付すること。