

様式 2

指定医療機関変更届出書

保険医療機関	名称	<input type="checkbox"/>	
	所在地	<input type="checkbox"/>	
	医療機関コード	<input type="checkbox"/>	
開設者 (代表者)	住所	<input type="checkbox"/>	
	氏名又は名称	<input type="checkbox"/>	
	職名	<input type="checkbox"/>	
標榜している診療科目 (医療機関のみ記載)		<input type="checkbox"/>	
役員の氏名及び職名		<input type="checkbox"/>	(別紙1)
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>開設者 住 所 氏名又は名称</p> <p>長崎県知事 殿</p>			

※ 変更がある事項の□の中にレ印を付すること。

※ 「医療機関コード」欄には、薬局の場合には薬局コード、指定訪問介護事業者等の場合には、訪問看護ステーションコード（当該コードを保有していない場合のみ介護保険事業所番号）を記載すること。

(別紙1)

役員の氏名及び職名

申請者（法人）名（ ）

職 名	氏 名