

指定医療機関変更届出書

年 月 日

(宛先) 新潟市長

届出者

住所 (法人にあつては所在地)

氏名 (法人にあつては名称及び代表者氏名)

下記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律第19条第1項の規定により届け出ます。

申請の種別 (いずれかに○)	1 病院又は診療所		2 薬局	3 指定訪問看護事業者等
指定医療機関等	名称	<input type="checkbox"/>		
	所在地	<input type="checkbox"/>	郵便番号	
	電話番号	<input type="checkbox"/>		
	コード※1	<input type="checkbox"/>		
開設者 (代表者)	住所又は所在地 (主たる事務所の 所在地)	<input type="checkbox"/>		
	氏名又は名称 (法人にあつては名 称及び代表者氏名)	<input type="checkbox"/>		
標ぼうしている診療科名 (病院又は診療所のみ記載)	<input type="checkbox"/>			
役員の職名及び氏名 (開設者が法人の場合のみ記載) ※2	<input type="checkbox"/>	職名	氏名	

※1 保険医療機関の場合は医療機関コード、保険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所番号を記載してください。

※2 記載欄が不足する場合は、「別添のとおり」と記載し、役員名簿の写しを添付してください。

注1 該当する項目にチェックを記載してください。

2 役員の変更の場合は、難病の患者に対する医療等に関する法律第14条第2項各号の規定に該当しないことの誓約書を添付してください。