|  |
| --- |
| 難病指定医療機関変更届　（様式5） |
| 指定年月日　　　　　年　　　月　　　日 | （該当するものに○をしてください）病院 ・ 診療所 ・ 歯科 ・ 薬局 ・ 訪問看護事業所 |
| 変更年月日 　年　　　月　　　日 |
| 指定医療機関 | 名　称※１ | 変更前 |  |
| 変更後 |  |
| 所在地※１ | 変更前 | 〒　　　－　　　　　　　電話　　　　（　　　　） |
| 変更後 | 〒　　　－　　　　　　　電話　　　　（　　　　） |
| コード※２ | 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 |  |
| 標ぼうしている診療科名（病院・診療所のみ記載）※３ | 変更前 |  |
| 変更後 |  |
| 役員の職・氏名（開設者が法人の場合） | 裏面に記載してください。 |
| 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条の規定により届け出ます。　　　年月日開設者　　　住所（法人の場合は所在地）　　氏名（法人の場合は名称 　　　　　　　 及び代表者職・氏名）和歌山県知事　　　　様 |
| ※１　訪問看護事業者の場合は、当該指定に係る訪問看護事業を行う事業所の名称及び所在地を記載してください。※２　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所番号を記載してください。※３　記載欄が不足する場合は、「別添のとおり」と記載し、診療科名一覧（変更前・変更後）を添付してください。 |

（裏）

（様式5）

（変更前）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 役員の職・氏名※ | 職名 | 氏名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

（変更後）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 役員の職・氏名※ | 職名 | 氏名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

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