

指定自立支援医療機関（育成医療・再生医療）指定内容変更届出書

変更前の各項目（太線枠内）は必ず全て記入して下さい。

変更後の各項目は変更した項目のみ記入して下さい。

健康保険法の指定を受けている名称、所在地等の情報と合わせて下さい。

		変 更 前	変 更 後
医療機関	名 称	〇〇クリニック (医療機関コード 76-54321)	〇〇〇クリニック (医療機関コード 76-12345)
	所 在 地	〒572-1234 寝屋川市〇〇町二丁目 〇〇番〇〇号 TEL 072 (000) 0000	〒572-2345 寝屋川市××町三丁目 ××番××号 TEL 072 (000) 〇〇〇〇
開設者	氏名又は 名称等	大阪 太郎	医療 理事長 大阪 太郎
		役職名： 生年月日：	役職名： 生年月日：
	住 所	〒540-0000 〇〇市××町三丁目2番12号 TEL 06 (0000) 0000	〒540-0000 〇〇市××町四丁目3番13号 TEL 06 (0000) 0000
標榜している診療科目		〇〇科	
主として担当する医師 又は歯科医師の氏名		大阪 太郎	大阪 花子
自立支援医療を行う為 の入院設備の定員		××人	人
担当している医療の種類		△△に関する医療	
変更年月日		平成〇〇年〇〇月〇〇日	

本町2-〇〇-〇〇  
のような省略した住所で  
記入しないで下さい。

上記のとおり、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第64条の指定により指定内容の変更があったので届け出ます。

実際に変更があった日を記入して下さい。

年 月 日

開設者  
住所 医療法人 〇〇会  
氏名 理事長 大阪 太郎

(あて先) 寝屋川市長

※ 太枠の欄はすべての項目を記入し、変更中段の「開設者」の「住所」「氏名又は名称」と一致させて下さい。