

指定医療機関変更届出書（指定難病）

医療機関等種別 (該当するものに○)		病院 診療所 薬局 指定訪問看護事業者等												
変更年 月 日		年 月 日												
病院 診療所 薬局 訪問看護事業者等	ふりがな													
	名称	☐												
	所在地	☐	〒											
	電話番号	☐												
	コード(※1)	☐	2	3										
開設者 (法人の場合は法人 の名称及び所在地)	氏名 又は名称	☐												
	住所 又は所在地	☐	〒											
標榜している診療科名 (病院・診療所のみ記載)		☐												
役員の氏名及び職名 (開設者が法人の場合のみ記載) (※2)	☐	氏 名				職 名								
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条の規定により申請事項の変更を届け出ます。 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氏名） （宛先）名 古 屋 市 長														

※ 全ての項目を記載し、変更がある事項の口の中にレ印を付してください。

※1 病院又は診療所は医療機関コード（医科は231、歯科は233を含めた10桁の番号）、薬局の場合は薬局コード（234を含めた10桁の番号）、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（236を含めた10桁の番号）、介護医療院の場合は介護保険事業所番号（23Bを含めた10桁の番号）を記載してください。

※2 記載欄が不足する場合は、「別紙のとおり」と記載し、別紙又は役員名簿を添付してください。

(別紙)

役員の氏名及び職名

申請者（法人）名（ ）

[illegible]