指定医療機関変更届出書

別記様式第17号

（宛先）新潟市長

年　　　月　　　日

開設者

住所（法人にあっては所在地）

氏名（法人にあっ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 | □ |  |
| 所在地 | □ | 郵便番号 |
| 電話番号 | □ |  |
| コード※１ | □ |  |
| 開設者（代表者） | 住所又は所在地(主たる事務所の所在地) | □ |  |
| 氏名又は名称(法人にあっては名称及び代表者氏名) | □ |  |
| 標ぼうしている診療科名（病院又は診療所のみ記載） | □ |  |
| 役員の職名及び氏名（開設者が法人の場合のみ記載）※２ | □ | 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。