

指定難病指定医療機関 変更届出書

医療機関コード				病院・診療所 薬局 訪問看護事業者	
変更事由発生年月日 年 月 日				変更前	変更後
保 険 医 療 機 関 等	名称		☐		
	所在地		☐	〒	〒
	電話番号		☐		
開 設 者	所在地 （訪問看護事業者は主たる事務所の所在地を記載。個人の場合は住所）		☐	〒	〒
	氏名又は名称		☐		
	代表者（介護医療院、訪問看護事業者のみ記載）	住所	☐	〒	〒
		氏名	☐		
標ぼうしている診療科目 （薬局・訪問看護事業者は記載不要）					
役員の氏名等			☐	別紙「役員名簿」のとおり	
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条の規定により届け出ます。					
年 月 日					
開設者					
所在地（個人の場合は住所）					
名称及び代表者氏名（個人の場合は氏名）					
千葉県知事 様					

※変更がある事項の□の中に☑をつけてください。

役員名簿
(変更前)

役員の職・氏名	役職	氏名

(変更後)

役員の職・氏名	役職	氏名

※記載欄が足りない場合は、別紙により役員名簿を添付してください。