様式２

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | |

指定難病指定医療機関　変更届出書

※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。