

## 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			変更前		変更後
	年	月	日		
保 険 医 療 機 関 等	名称		<input type="checkbox"/>		
	所在地		<input type="checkbox"/>	〒	〒
	電話番号		<input type="checkbox"/>		
開 設 者	所在地 <small>(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)</small>		<input type="checkbox"/>	〒	〒
	氏名又は名称		<input type="checkbox"/>		
	代表者（介護医療院、訪問看護事業者のみ記載）	住所	<input type="checkbox"/>	〒	〒
氏名		<input type="checkbox"/>			
標ぼうしている診療科目 <small>(薬局・訪問看護事業者は記載不要)</small>					
役員の氏名等			<input type="checkbox"/>	別紙「役員名簿」のとおり	
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>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）</p> <p>千葉県知事 様</p>					

※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。