

様式 2 - (1)

指定医療機関変更届出書 (病院又は診療所)

保険医療機関	名 称	<input type="checkbox"/>	
	所 在 地	<input type="checkbox"/>	〒
	医療機関コード	<input type="checkbox"/>	
開 設 者	住 所	<input type="checkbox"/>	〒
	氏名又は名称	<input type="checkbox"/>	
	生 年 月 日	<input type="checkbox"/>	
	職 名	<input type="checkbox"/>	
標榜している診療科目		<input type="checkbox"/>	
役員の氏名及び職名		<input type="checkbox"/>	(別紙1)
<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条第1項の規定に基づき変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため届出を行う。</p> <p>年 月 日</p> <p>開 設 者 住 所 氏名又は名称</p> <p>長野県知事 殿</p>			

※ 変更がある事項の□の中にレ印を付すること。

本件に関する連絡先

担 当 部 署		担 当 者 名	
電 話 番 号		F A X 番 号	

