|  |
| --- |
| 様式第３号 |
| 指定医療機関変更届出書 |
| 指定医療機関 | 名　　　称 |  |
| 所　在　地 | 〒 |
| 指定年月日 |  |
| 変更のあった事項 | 変更前 | 変更後 | 変更年月日 |
| 医療機関等 | 名称 | [ ]  |  |  |  |
| 所在地 | [ ]  | **〒** | **〒** |  |
| 電　話　番　号 | [ ]  |  |  |  |
| メールアドレス | [ ]  |  |  |  |
| 開設者 | 住　　　　　所 | [ ]  | **〒** | **〒** |  |
| 氏名又は名称 | [ ]  |  |  |  |
| 標ぼうしている診療科名 | [ ]  |  |  |  |
| 役員の氏名及び職名 | [ ]  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 難病の患者に対する医療等に関する法律第１９条の規定に基づき、変更のあった事項及びその年月日を届け出ます。　　　　　　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）　　　　　　　茨城県知事　殿備考１　変更のあった事項の該当する□の中にレ印を付すこと。 |