

様式 3

## 指定自立支援医療機関変更届出書

(主として担当する医師・歯科医師又は薬剤師以外の変更)

年 月 日

香川県知事 殿

開設者 住所

〔法人にあっては主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の職氏名〕 氏名

下記のとおり、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第 64 条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ので、届け出ます。

指定自立支援医療機関	名 称			
	所 在 地	〒	電話番号	メールアドレス
指定を受けた自立支援医療の種類 (該当するものを○で囲む)		育成医療・更生医療		精神通院医療
変更事項		変 更 前	変 更 後	変更年月日
1	名 称			
2	所 在 地			
3	開設者の住所、氏名、 生年月日及び職名 又は 名 称			
4	標榜している診療科名 (担当する自立支援医療の種類に関係があるものに限る)			
5	そ の 他 ( )			

注 1 指定訪問看護事業者等が届け出る場合は、「指定自立支援医療機関」を「訪問看護ステーション等」と、「開設者」を「指定訪問看護事業者等」と読み替えてください。

2 開設者に係る変更の場合は誓約書(別紙3)を添付してください。

3 欄に書ききれない場合は適宜別紙(様式任意)に記載し、添付してください。

この届出についての問い合わせ先

担当者名

電話番号