

様式 2 - (1)

難病指定医療機関変更届出書 (病院又は診療所)

指定医療機関番号 : _____

指定医療機関名 : _____

保険医療機関	名 称	<input type="checkbox"/>	(旧医療機関名 : _____)
	所 在 地	<input type="checkbox"/>	〒 _____
※医療機関コードが変更となる場合は、当該変更届ではなく、辞退届と新規申請を行ってください。			
開 設 者	住 所	<input type="checkbox"/>	〒 _____
	氏名又は名称	<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)
<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 2 6 年法律第 5 0 号) 第 1 9 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ため届出を行う。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">開 設 者 住 所 氏名又は名称</p> <p>印</p> <p style="text-align: center;">宮崎県知事 殿</p>			

※ 変更がある事項の□の中にレ印を付すること。

