|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **生活保護法**  **中国残留邦人等支援法** | | **指定医療機関　変更届出書** | | | | | | |
|  | |  | | | | | | |
| 業務の種類 | | | (1)　医科　　　　　(2)　歯科　　　　　(3)　薬局  ＊該当する種類に〇 | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関  名　　称 | | |  | | | | | 医療機関・薬局コード |  | |  |  | |  |  |  | ＊訪問看護ステーションは別様式 |
| 医療機関  所在地 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更内容 | | | | | | | | | | 変更年月日 | | | | | | | |
| 名称 | 変更前 |  | | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | |
| 変更後 | （フリガナ） | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 開設者 | 変更前 | 氏名 |  | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | |
| 変更後 | 氏名 | （フリガナ） | | | | ＊法人の場合は法人名称 | | |
|  | | | | | | |
| 管理者 | 変更前 | 氏名 |  | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | |
| 変更後 | 氏名 | （フリガナ） | | | |  | | |
|  | | | | | | |
| その他 | 変更前 |  | | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | |
| 変更後 |  | | | | | | | |
| 上記のとおり届出ます。  　　年　　月　　日  八王子市長殿 | | | | | **＜申請者（開設者）の氏名及び住所＞**  （法人の場合は、法人名称及び所在地）  　　　　　〒 　－  住　所：　  ＊法人の場合は主たる事務所の所在地    氏　名：　  ＊法人の場合は法人名称  担当者連絡先：ＴＥＬ（　　） 　―　　　担当者名： | | | | | | | | | | | | |