

難病

指定医療機関変更届出書

保険医療機関	名 称	<input type="checkbox"/>	難病対策診療所	
	所 在 地	<input type="checkbox"/>	〒920-8580 石川県金沢市鞍月 1 丁目 1 番地	
	コード ※1	<input type="checkbox"/>	XXXXXXXX	
	電 話 番 号	<input type="checkbox"/>	076-225-1448	
	F A X 番 号	<input type="checkbox"/>	076-225-1444	
	メールアドレス	<input type="checkbox"/>	kennsui@pref.ishikawa.lg.jp	
開 設 者	住所又は所在地	<input type="checkbox"/>	〒920-8580 石川県金沢市鞍月 1 丁目 1 番地	
	氏 名	<input checked="" type="checkbox"/>	石川 太郎	
	職名又は名称	<input type="checkbox"/>	石川県健康福祉部理事長	
標榜している診療科名		<input type="checkbox"/>	〇〇科、〇〇科	
役員の職・氏名 ※2 (開設者が法人の場合記載)	<input checked="" type="checkbox"/>	職 名	氏 名	
		理事長	石川 太郎	
		理事	石川 次郎	
		理事	石川 花子	
<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します。</p> <p>令和●年 ●月 ●日</p> <p>提出する日を記載 してください。</p> <p>開設者 住 所 石川県金沢市鞍月 1 丁目 1 番地 氏 名 石川県健康福祉部理事長 石川 太郎</p> <p>石 川 県 知 事 殿</p>				

変更がある事項の□の中にレ印を付すること。

※1 医療機関の場合は医療機関コード、薬局の場合は薬局コード、訪問看護事業者の場合は訪問看護ステーションコードまたは介護保険事業所番号を記載。

※2 記載欄が不足する場合は、別添のとおりと記載し役員名簿を添付すること。