

※

生活保護法 指定（医療機関・助産師・施術者） 変更届書
 中国残留邦人等支援法 指定

次のとおり変更しましたので届け出ます。

指定医療機関等	名 称				
	所 在 地	〒			
変 更 事 項	事業所に関する事項	フリガナ	(旧)	(新)	
		名 称			
	フリガナ				
	所 在 地	〒	〒	TEL () -	
	所 在 地	TEL () -	TEL () -		
	開設者に関する事項	法人	フリガナ		
			法人名称、所在地、代表者氏名		
	個人	氏名、生年月日、住所	〒	〒	
	管理者に	氏名、生年月日、住所	〒	〒	
	法第49条の3第4項において規定する診療所又は薬局の該当の有無		有 ・ 無	有 ・ 無	
変 更 年 月 日		年 月 日			
委託患者等の措置状況					

年 月 日

(宛先) 高 松 市 長

届出者 住 所
氏 名

注意事項

- 1 この書類は、高松市長宛に直接提出してください。
- 2 この書類は、指定を受けている内容に変更があった場合、所要事項を記載して提出してください。ただし、医療機関コードが変更される場合等「廃止届書」や「指定申請書」の提出が必要な場合があります。（詳細は担当者に確認してください。）

記載要領

- 1 病院、診療所又は薬局が届け出る場合には、その病院等について記載してください。指定訪問看護事業者等が届け出る場合には、その開設する訪問看護ステーション等ごとに記載してください。助産師又は施術者が届け出る場合には、その開設する助産所又は施術所について記載してください。
- 2 ※印のところは、不要のものを——で消してください。
- 3 指定医療機関等の「名称」は、略称等を用いることなく、医療法等により許可若しくは指定を受け、又は届け出た正式な名称を用い、病院であるか診療所であるか判然としない名称である場合には、名称の次に「(診療所)」のように記載してください。
- 4 「委託患者等の措置状況」は、既に行った措置及び今後予定している措置を記載してください。
- 5 届出者が法人の場合には、法人名とともにその代表者の氏名及び主たる事務所の所在地を記載してください。