

指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定内容変更届出書

（病院又は診療所）

		変 更 前	変 更 後
医 療 機 関	名 称	(医療機関コード - )	(医療機関コード - )
	所在地	〒 - TEL ( )	〒 - TEL ( )
開 設 者	住 所	〒 - TEL ( )	〒 - TEL ( )
	氏名又は 名 称		
標榜している診療科目			
主として担当する 医師の氏名			
変更年月日			年 月 日

上記のとおり、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条の規定により、指定内容の変更があったので届け出ます。

年 月 日

開 設 者  
住 所  
氏 名

大 阪 府 知 事 様

※ 太枠の欄はすべての項目を記入し、変更後の欄は変更のあった項目のみ記入すること。