生活保護法

中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した　　　　　　指定医療機関　変更届書

中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律　　　　　　　（訪問看護ステーション）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本　情報** | | | **指定医療機関名　　　　称** | | |  | | **医療機関**  **コード** | |  |  |  |  |  |  |  |
| **指定医療機関所　 在　 地** | | |  | | | | | | | | | | |
| **変更内容** | | | | | | | | | | | | **変更年月日** | | | | |
| 名称 | 旧 |  | | | | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | |
| 新 | （フリガナ） | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 所在地 | 旧 | 〒 | | | | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 新 | 〒 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 管理者 | 旧 | 氏名 | |  | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | | | 年　　月　　日 | | | | |
| 住所 | | 〒 | | |
|  | | |
| 新 | 氏名 | |  | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | | |
| 住所 | | 〒 | | |
|  | | |
| 開設者 | 旧 | 氏名 | | ＊法人の場合は法人名称 | | | 生年月日  ＊法人の場合は法人名称 | | 年　　月　　日 | | | 年　　月　　日 | | | | |
| 住所 | | 〒 | | |
| ＊法人の場合は主たる事務所の所在地 | | |
| 新 | 氏名 | | ＊法人の場合は法人名称 | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | | |
| 住所 | | 〒 | | |
| ＊法人の場合は主たる事務所の所在地 | | |
| その他 | 旧 |  | | | | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | |
| 新 |  | | | | | | | | | |
| 上記のとおり変更しましたので届け出ます。  年　　　月　　　日  大阪府知事　様  住所又は所在地  届出者(開設者)  氏名又は名称  （担当者：　　　　　　　　　Tel:　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | 福祉事務所使用欄 | | | | | | | |
| 福祉事務所収受日 | | | | | | | |
| 年　　月　　日 | | | | | | | |
| 通信欄 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

注意事項

１　この書類は、所在地若しくは住所地を管轄する福祉事務所（福祉事務所を設置しない町村については子ども家庭センター）を経由して知事に提出してください。

２　この書類は、名称、所在地、管理者、開設者及びその他必要な事項に変更があったとき、所要事項を記載して提出してください。

３　訪問看護ステーションは、事業所の名称及び所在地、事業者の名称及び主たる事務所の所在地を変更された際はその旨を告示します。

記載要領

１　基本情報は届出時点の情報を記載してください。

２　名称が変更した場合は、指定医療機関等の「名称」は、略省等を用いることなく、正式の名称を記載してください。

３　所在地が変更した場合は、番地標記などを正確にご記載ください。

４　管理者が変更した場合は、管理者の氏名（フリガナ）、生年月日、住所を記入してください。

５　開設者が変更した場合

　　・開設者が法人である場合は、法人の名称、代表者の職名、氏名及び法人の主たる事務所の所在地を記載してください。

　　・開設者が個人の場合は、開設者の氏名、住所及び生年月日を記載してください。

　６　その他については、指定の際に届け出た、電話番号及び診療科目を記載してください。