

様式 3-1

指定医療機関変更届出書  
(病院・診療所・薬局・介護医療院)

保険医療機関等	名称	<input type="checkbox"/>						
	所在地	<input type="checkbox"/>	〒		-		電話 ( )	
	医療機関コード				-			
開設者	住所又は所在地	<input type="checkbox"/>	〒		-		電話 ( )	
	氏名又は名称	<input type="checkbox"/>						
	生年月日	<input type="checkbox"/>				職名	<input type="checkbox"/>	
標榜している診療科目 (病院・診療所のみ記載)	<input type="checkbox"/>							
			職名			氏名		
管理者の職・氏名	<input type="checkbox"/>							
役員の職・氏名	<input type="checkbox"/>							
<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け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>開設者</p> <p>住所〔 法人の場合は所在地 〕</p> <p>氏名〔 法人の場合は名称及び代表者の職・氏名 〕</p> <p>大阪府知事 様</p>								

※各欄を全て記入の上、変更がある事項の□の中にレ印を付すること。  
 ※「役員の職・氏名」欄に全員記入できない場合は、別紙に記入すること。