

生活保護法等指定医療機関指定変更届書

次のとおり変更しましたので届け出ます。

番号	
名称	
所在地	〒 電話番号 ()
変更事項	医療機関に関する事項 [名称、所在地]
	旧
	新
	開設者に関する事項 [氏名 (法人名称及び代表者職氏名)、住所 (主たる事務所の所在地)、生年月日 (法人の場合不要)]
	旧
	新
	管理者に関する事項 [氏名、住所、生年月日]
	旧
新	
変更年月日	年 月 日
委託患者等の 措置状況	

年 月 日

静岡県知事様

届出者 (開設者)

住所 (開設者が法人の場合は法人の主たる事務所所在地)
〒

氏名 (開設者が法人の場合は法人の名称及び代表者職氏名)

事務担当者名
担当者電話番号

注 意 事 項

- 1 この書類は、静岡県知事あてに医療機関の所在地若しくは住所地を管轄する福祉事務所（市役所）を経由して提出してください。（町に所在する場合の提出先は次のとおり。賀茂郡：賀茂健康福祉センター、田方郡・駿東郡：東部健康福祉センター、榛原郡・周智郡：中部健康福祉センター）
- 2 この書類は、医療機関等の名称（氏名）又は所在地（住所）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。

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。
- 2 「番号」は、指定通知書によって通知した番号を算用数字で記載してください。
- 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業所の所在地を記載してください。