**生活保護法・中国残留邦人等支援法　指定医療機関　変更届出書**

令和　　　年　　月　　日

(あて先)川越市長

　　　　　　　　　　　　　　　申請者（開設者）（法人の場合は、主たる事務所の所在地、法人名称、代表者の職名、氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　　住所 　〒　　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　(担当者 　　　　　　電話（　　　　）　　　－　　　　　）

以下のとおり届出します。

|  |  |
| --- | --- |
| 業務の種類 | 　訪問看護ステーション　　　　　　　　　　　　　　　＊医科・歯科・薬局は別様式 |
| 医療機関名 |  | ステーションコード |  |  |  |  |  |  |  |
| 変更内容 | 変更年月日 |
| 医療機関 | 変更前 | 名称 |  | 令和　　年　　月　　日 |
| 住所 |  |
| 変更後 | 名称 |  |
| 住所 | 〒 |
| 開設者 | 変更前 | 氏名 | 　　　　　※法人の場合は法人名称 | 生年月日 | Ｔ・Ｓ・Ｈ 年 月 日※法人の場合は記載不要 | 令和　　年　　月　　日 |
| 住所 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　※法人の場合は主たる事務所の所在地 |
| 変更後 | 氏名 | ※法人の場合は法人名称 | 生年月日 | Ｔ・Ｓ・Ｈ 年 月 日※法人の場合は記載不要 |
| 住所 | 〒 ※法人の場合は主たる事務所の所在地 |
| 管理者 | 変更前 | 氏名 |  | 生年月日 | Ｔ・Ｓ・Ｈ 年 月 日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 住所 |  |
| 変更後 | 氏名 |  | 生年月日 | Ｔ・Ｓ・Ｈ 年 月 日 |
| 住所 | 〒 |
| その他 | 変更前 |  | 令和　　年　　月　　日 |
| 変更後 |  |

**生活保護法・中国残留邦人等支援法　指定医療機関　変更届出書**

令和●年●●月●●日

(あて先)川越市長

　　　　　　　　　　　　　　　申請者（開設者）（法人の場合は、主たる事務所の所在地、法人名称、代表者の職名、氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　　住所 　〒３５０－〇〇〇〇

ステーションコードが変更になった場合は、旧コードの廃止届出書と新コードの指定申請書の提出が必要です。

（変更届出書での変更はできません）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　川越市元町〇－〇－〇

　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　医療法人社団　川越会　川越　太郎

　　　　　　　　　　　　　　　(担当者　川越　花子　電話（〇〇〇）〇〇〇－〇〇〇〇）

以下のとおり届出します。

|  |  |
| --- | --- |
| 業務の種類 | 　訪問看護ステーション　　　　　　　　　　　　　　　＊医科・歯科・薬局は別様式 |
| 医療機関名 | ♦♦♦♦訪問看護ステーション | ステーションコード | ０ | １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ |
| 変更内容 | 変更年月日 |
| 医療機関 | 変更前 | 名称 | ♦♦♦♦訪問看護ステーション | 令和●年●●月●●日 |
| 住所 |  |
| 変更後 | 名称 | ▲▲▲▲訪問看護ステーション |
| 住所 | 〒 |
| 開設者 | 変更前 | 氏名 | 　　　　　※法人の場合は法人名称 | 生年月日 | Ｔ・Ｓ・Ｈ 年 月 日※法人の場合は記載不要 | 令和　　年　　月　　日 |
| 住所 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　※法人の場合は主たる事務所の所在地 |
| 変更後 | 氏名 | ※法人の場合は法人名称 | 生年月日 | Ｔ・Ｓ・Ｈ 年 月 日※法人の場合は記載不要 |
| 住所 | 〒 ※法人の場合は主たる事務所の所在地 |
| 管理者 | 変更前 | 氏名 |  | 生年月日 | Ｔ・Ｓ・Ｈ 年 月 日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 住所 |  |
| 変更後 | 氏名 |  | 生年月日 | Ｔ・Ｓ・Ｈ 年 月 日 |
| 住所 | 〒 |
| その他 | 変更前 |  | 令和　　年　　月　　日 |
| 変更後 |  |