**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）

　　　　　　　　　　　　　　　　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 | | | ⑴　医科　　⑵　歯科　　⑶　薬局　　　　　　　　　　　＊訪問看護ステーションは別様式 | | | | | | | | | | |
| 医療機関名 | |  | | | 医療機関  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 | | | | | 令和  　　年　　月　　日 | | | | |
| 変更後 | 氏名 | |  | | | | |
| 管理者 | 変更前 | 氏名 | |  | | | | | 令和  　　年　　月　　日 | | | | |
| 変更後 | 氏名 | |  | | | | |
| 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）

　　　　　　　　　　　　　　　　住所 　〒３５０－〇〇〇〇

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　川越市元町〇－〇－〇

　　　　　　　　　　　　　　　　氏名 　医療法人社団　川越会　理事長　川越　太郎

医療機関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）

　　　　　　　　　　　　　　　(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 | | | ⑴　医科　　⑵　歯科　　⑶　薬局　　　　　　　　　　　＊訪問看護ステーションは別様式 | | | | | | | | | | |
| 医療機関名 | | ♦♦♦クリニック | | | 医療機関  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 | | ▲▲▲クリニック | | | | | 令和  ●年●●月●●日 | | | | |
| 住所 | |  | | | | |
| 変更後 | 名称 | | ♦♦♦クリニック | | | | |
| 住所 | | 〒 | | | | |
| 開設者 | 変更前 | 氏名 | | ※法人の場合は法人名称 | | | | | 令和  　　年　　月　　日 | | | | |
| 変更後 | 氏名 | |  | | | | |
| 管理者 | 変更前 | 氏名 | |  | | | | | 令和  　　年　　月　　日 | | | | |
| 変更後 | 氏名 | |  | | | | |
| その他 | 変更前 | | |  | | | | | 令和  　　年　　月　　日 | | | | |
| 変更後 | | |  | | | | |