

別記第28号様式(第15条関係)

指定自立支援医療機関変更届出書

年 月 日

函館市長 様

(法人にあつては、主たる事務所の所在地)

住所

(法人にあつては、その名称および代表者の氏名)

届出者 氏名

電話 局 番

指定自立支援医療機関について変更があつたので、次のとおり届け出ます。

指定自立支援 医療機関	名 称		
	所在地	(電話 局 番)	
変 更 内 容	変 更 事 項	変 更 前	変 更 後
			年 月 日変更
			年 月 日変更
			年 月 日変更

添付書類

- 1 変更内容に係る事実を証明する書類
- 2 指定自立支援医療を主として担当する医師もしくは歯科医師または主として調剤を担当する薬剤師の変更の場合は、当該変更後の医師もしくは歯科医師または薬剤師の経歴書等
- 3 訪問看護ステーション等の職員の定数の変更の場合は、変更後の定数の内訳を記載した書類