第19号様式

|  |
| --- |
| 難病医療指定医療機関変更届出書 |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 変　更　年　月　日 | | | | 年　　　月　　　日 | | | 変更のある事項にチェックし、変更後の内容を記載してください。 | フリガナ  名　　称 | | □ |  | | |  | | | 所 在 地 | | □ | 〒 | | | 電 話 番 号 | | □ |  | | | 標ぼうしている診療科名  （病院・診療所のみ記載） | | □ |  | | | 開設者（事業者） | 所 在 地 | □ | 〒 | | | フリガナ  名 称 (氏 名) | □ |  | | |  | | | 役員の職・氏名  （開設者が法人の場合）  ※記載欄が不足する場合は、「別添のとおり」と記載し  名簿を添付してください。  4 | □ | 職名 | 氏名 | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | | そ の 他 の 変 更 | | □ |  | |   年　　月　　日  **香川県知事　殿**  上記のとおり難病の患者に対する医療等に関する法律第１９条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。  **開設者（事業者）**  住　所（法人にあっては所在地）：  氏　名（法人にあっては名称及び代表者氏名）：  　　　　　　　　連絡先（電話番号）：    **指定医療機関（変更前）**  　　　　　　　　所在地  　　　　　　　　名　称 |