

指定医療機関変更届出書(病院又は診療所)

保険医療機関	名 称	<input type="checkbox"/>	
	所 在 地	<input type="checkbox"/>	
	医療機関コード	<input type="checkbox"/>	
開 設 者	住 所	<input type="checkbox"/>	
	氏名又は名称	<input type="checkbox"/>	
	生 年 月 日	<input type="checkbox"/>	
	職 名	<input type="checkbox"/>	
標榜している診療科目		<input type="checkbox"/>	
役員の氏名及び職名		<input type="checkbox"/>	(別紙1)
<p>上記のとおり、難病患者に対する医療等に関する法律(平成26年法律第50号)第19条第1項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出を行う。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">開 設 者 住 所 氏名又は名称</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>あて先) 秋 田 県 知 事</p>			

※ 変更がある事項の□の中にレ点を付すること。

(別紙1)

役員の氏名及び職名

申請者(法人)名()

氏 名	職 名

指定医療機関変更届出書(薬局)

保 険 薬 局	名 称	<input type="checkbox"/>	
	所 在 地	<input type="checkbox"/>	
	薬 局 コード	<input type="checkbox"/>	
開 設 者	住 所	<input type="checkbox"/>	
	氏名又は名称	<input type="checkbox"/>	
	生 年 月 日	<input type="checkbox"/>	
	職 名	<input type="checkbox"/>	
役員の氏名及び職名		<input type="checkbox"/>	(別紙1)
<p>上記のとおり、難病患者に対する医療等に関する法律(平成26年法律第50号)第19条第1項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出を行う。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">開 設 者 住 所 氏名又は名称</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>あて先) 秋 田 県 知 事</p>			

※ 変更がある事項の□の中にレ点を付すること。

(別紙1)

役員の氏名及び職名

申請者(法人)名()

氏 名	職 名

指定医療機関変更届出書(指定訪問看護事業者等)

指定訪問看護事業者	名 称	<input type="checkbox"/>	
	主たる事務所の所在地	<input type="checkbox"/>	
指定居宅サービス事業者	代 表 者	住 所	<input type="checkbox"/>
		氏 名	<input type="checkbox"/>
指 定 介 護 予 防 サ ー ビ ス 事 業 者		生 年 月 日	<input type="checkbox"/>
職 名		<input type="checkbox"/>	
訪問看護ステーション	名 称	<input type="checkbox"/>	
	所 在 地	<input type="checkbox"/>	
役員の氏名及び職名	<input type="checkbox"/>	(別紙1)	
訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号	<input type="checkbox"/>		
<p>上記のとおり、難病患者に対する医療等に関する法律(平成26年法律第50号)第19条第1項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出を行う。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>指 定 訪 問 間 簿 事 業 者 指 定 居 宅 サ ー ビ ス 事 業 者 指 定 介 護 予 防 サ ー ビ ス 事 業 者</p> <p>所在地 名 称 代 表 者</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>あて先) 秋 田 県 知 事</p>			

※ 変更がある事項の□の中にレ点を付すること。

(別紙1)

役員の名及職名

申請者(法人)名()

氏 名	職 名