|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 札幌市指定医療機関変更届出書  様式２ | | | | |
| 保険医療機関等 | 名 称 | □ |  | |
| 所在地 | □ | 〒 | |
| 電話番号 | □ |  | |
| コード ※１ | □ |  | |
| 開設者 | 住所又は  所在地 | □ |  | |
| 氏名又は名称 | □ |  | |
| 標榜している診療科名  （病院・診療所のみ記載） | | □ |  | |
| 役員の職・氏名  （開設者が法人の場合）  ※２ | | □ | 職　名 | 氏　名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 変更年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | | |
| 上記のとおり、難病の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います。  　　　年月日  あて先）札幌市長  開設者　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）： | | | | |
| ※１　医療機関の場合は医療機関コード、薬局の場合は薬局コード、訪問看護事業者の場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号を記載してください。  ※２　記載欄が不足する場合は、「別添のとおり」と記載し、役員名簿を添付してください。 | | | | |