|  |  |
| --- | --- |
| **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** |
|  |  |
| 業務の種類 | (1)　医科　　　　　(2)　歯科　　　　　(3)　薬局　　　　　＊該当する種類に〇 |
| 医療機関名　　称 |  | 医療機関・薬局コード |  |  |  |  |  |  | ＊訪問看護ステーションは別様式 |
| 医療機関所在地 |  |
| 変更内容 | 変更年月日 |
| 名称 | 変更前 |  | 　　　　年　　月　　日 |
| 変更後 | （フリガナ） |
|  |
| 開設者 | 変更前 | 氏名 |  | 　　　　年　　月　　日 |
| 変更後 | 氏名 | （フリガナ） | ＊法人の場合は法人名称 |
|  |
| 管理者 | 変更前 | 氏名 |  | 　　　　年　　月　　日 |
| 変更後 | 氏名 | （フリガナ） |  |
|  |
| その他 | 変更前 |  | 　　　　年　　月　　日 |
| 変更後 |  |
| 上記のとおり届出ます。　　年　　月　　日東京都知事殿 | **＜申請者（開設者）の氏名及び住所＞**（法人の場合は、法人名称及び所在地）　　　　　〒 　－ 住　所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊法人の場合は主たる事務所の所在地　　　　　氏　名：　　　 　＊法人の場合は法人名称担当者連絡先：ＴＥＬ（　　） 　―　　　担当者名：　　 |