

指定難病指定医療機関 変更届出書

医療機関コード				病院・診療所		薬局		訪問看護事業者			
変更事由発生年月日				年 月 日		変更前			変更後		
保 険 医 療 機 関 等	名称		☐								
	所在地		☐		〒			〒			
	電話番号		☐								
	連絡先（メールアドレス）		☐								
開 設 者	所在地 （訪問看護事業者は主たる事務所の所在地を記載。個人の場合は住所）		☐		〒			〒			
	氏名又は名称		☐								
	代表者（介護医療院、訪問看護事業者のみ記載）	住所	☐		〒			〒			
		氏名	☐								
標ぼうしている診療科目 （薬局・訪問看護事業者は記載不要）											
役員の氏名等				☐		別紙「役員名簿」のとおり					
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条の規定により届け出ます。 年 月 日 開設者 所在地（個人の場合は住所） 名称及び代表者氏名（個人の場合は氏名） 千葉県知事 様											

※変更がある事項の□の中に☑をつけてください。

役員名簿
(変更前)

役員の職・氏名	役職	氏名

(変更後)

役員の職・氏名	役職	氏名

※記載欄が足りない場合は、別紙により役員名簿を添付してください。