

第七号様式（第五条）

（その二）

指定自立支援医療機関変更届（精神通院医療用）

年 月 日

千葉県知事 様

開設者又は事業者  
住所又は所在地

氏名又は名称

㊞

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則第 62 条の規定により、  
次のとおり届け出ます。

- 1 病院・診療所（訪問看護ステーション等・薬局）の名称及び所在地  
名 称

郵便番号

所 在 地

電話番号

- 2 開設者又は事業者の住所又は所在地、氏名又は名称、生年月日及び職名  
住所又は所在地

氏名又は名称

生年月日

職 名

- 3 指定自立支援医療機関指定（更新）年月日 年 月 日

- 4 変更内容  
変 更 前

変 更 後

変更年月日 年 月 日

(別紙)

経 歴 書

|          |  |             |   |      |  |
|----------|--|-------------|---|------|--|
| 学 位      |  | ふりがな<br>氏 名 | ⑩ | 生年月日 |  |
| 現 住 所    |  |             |   |      |  |
| 最 終 学 歴  |  |             |   |      |  |
| 主 たる 職 歴 |  |             |   |      |  |