

指定自立支援医療機関(精神通院医療)変更届

※太枠内は必ず記入すること。

医 療 機 関 名		医療機関番 号				
変 更 理 由		変 更 日 年 月 日		年 月 日		
変更区分 ※変更項目にチェック			変 更 前		変 更 後	
変更を要する項目のみ記載すること。	医 療 機 関	☐	名 称			
		☐	所 在 地	〒 ー		
		☐	電話番号			
	開 設 者 (法人の場合は 法人の名称及び法人所在地 を 記 載)	☐	住 所	〒 ー		
		☐	氏名又は 名称			
			生年月日 (開設者が 個人の場合 のみ)			
	標榜している診療科(病院・診療所のみ)	☐				
	主として担当する医師又は薬剤師	☐			※添付書類を添付し提出すること。 (医師)様式1ー(2)、医師免許証(写) (薬剤師)様式2ー(2)	
従事する職員の定数(訪問看護のみ)	☐	※添付書類を添付し提出すること。 様式3ー(3)				
上記のとおり変更がありましたので、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第64条の規定により届出ます。 年 月 日 愛 知 県 知 事 殿 医療機関の開設者 所 在 地 名 称 開設者(代表者)						

備考 1 医療機関の名称変更の場合は、必ず正式名称を記載すること。

2 薬局、訪問看護ステーション等についても、この様式によること。その場合「医療機関の開設者」を「薬局の開設者」「訪問看護等事業者」と読み替えること。

添付書類

- 主として担当する医師の変更の場合は、主として担当する医師の経歴書(様式1-(2))及び医師免許証の写しを添付すること。
- 主として担当する薬剤師の変更の場合は、主として担当する薬剤師の経歴書(様式2-(2))を添付すること。
- 訪問看護ステーション等において訪問看護若しくは老人訪問看護又は居宅サービス若しくは介護予防サービスに従事する職員の定数を変更する場合は、様式3-(2)を添付すること。