**指定医療機関変更届出書**

**（医科・歯科・薬局用）**

　　　年　　月　　日

埼玉県知事　宛

　　　　　　　　　　　　　　　＜開設者＞（法人の場合は、主たる事務所の所在地、法人名称）

　　　　　　　　　　　　　　　　住所 　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　電話

　　　　　　　　　　　　　　　(担当者 　　　　　　　　　電話　　　　　　　　　　　　　）以下のとおり届出ます。

\*該当する種類に○

|  |  |
| --- | --- |
| 業務の種類 | （１）医科　　（２）歯科　　（３）薬局　　　　　　　　　　　\*訪問看護ステーションは別様式 |
| 医療機関名称 |  | 医療機関コード |  |  |  |  |  |  |  |
| 変更内容 | 変更年月日 |
| 医療機関 | 変更前 | 名称 |  | 　　　年　　月　　日 |
| 所在地 | 〒 |
| 変更後 | 名称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 開設者 | 変更前 | 氏名 | 　　　　　※法人の場合は法人名称 | 　　　年　　月　　日 |
| 変更後 | 氏名 | 　　　　　※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 |  |
| その他 | 変更前 |  | 　　　年　　月　　日 |
| 変更後 |  |