様式２－（１）

指定医療機関変更届出書（病院又は診療所）

※　すべて記入し変更がある事項の□にレ印を付すること。

保険医療機関	フ リ ガ ナ	□			
	名　　称	□	変更前の名称（　　）		
	所　在　地	□	〒 TEL（　　―　　―　　）		
	医療機関コード	□			
開　設　者	住　　所	□	〒		
	氏名又は名称	□			
	生 年 月 日	□		職　名	
標榜している診療科目		□			
役員の氏名及び職名		□	（別紙１）※法人の場合のみ提出		

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条第１項の規定に基づき変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため届出を行う。

年　　月　　日

開　設　者
住　　所
氏名又は名称

鹿児島県知事　殿

担当部署		担当者名	
電話番号		ＦＡＸ番号	

（別紙１）

役員の氏名及び職名

申請者（法人）名（　　）

氏　　名	職　　名

※　法人の場合のみ提出。