

(精別紙4) 記載例 内容変更

指定自立支援医療(精神通院医療) 指定医療機関 **内容変更**・~~辞退等~~ (注1) 届

区 分		変 更 前	変 更 後 (変 更 年 月 日) ※辞退の場合は空欄とすること
医療機関等	名称	○○クリニック	変更があった事項を記載する (. .)
	所在地	水戸市笠原町○-○-○ (医療機関コード)	(. .)
開設者	氏名又は名称	医療法人○○ (理事長 ○○)	(. .)
	所在地	水戸市青柳町○-○-○	(. .)
標榜している診療科名 (精神通院医療に関するもの)		精神科, 神経科	(. .)
主として担当する 医師・薬剤師の氏名 (注 3)		○○ ○○	△△ △△ (25 . 6 . 30) 変更の場合 経歴書, 薬剤師免許写を添付
従事する職員の定数 (訪問看護事業者等の場合)			(. .)
辞退等理由 (あてはまるものに○)		業務休止・業務廃止・業務再開・指定の辞退・その他 辞退等の年月日 (. .)	

上記のとおり変更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施行規則~~第62条・第63条・第64条~~ (注2)の規定に基づき届出する。

平成25年 7月 1日

代表印

医療機関等の開設者

住 所 水戸市青柳町○-○-○

氏名又は名称 医療法人○○ (理事長 ○○) 印

茨城県知事 ○○ ○○ 殿

(注1) 「内容変更」及び「辞退」については、該当するものいずれかを○で囲み、他方を取消線で消除すること。

(注2) 変更の場合は「第62条」、辞退の場合は「第64条」、業務休・廃止等の場合は「第63条」を○で囲み、他方を取消線で消除すること。

(注3) 主として担当する医師・薬剤師の変更の場合、経歴書及び医師免許証、薬剤師免許証の写しを添付すること。