

(記入例) (変更届)

※ 生活保護法指定 医療機関
~~介護機関~~
~~助産機関~~
~~施術機関~~ ※ 名称
~~所在地~~
その他 変更届書

年月日の表記は元号表記でも西暦表記いづれでも結構です。

該当する機関及び届出内容を選択し、不要な項目は二重線で抹消してください。

次のとおり変更しましたので届け出ます。

指 定 等	指 定 番 号	1234		指定を受けた際に通知する指定番号、医療機関は病院等の名称、助産師及び施術者は個人の氏名及び住所を記入してください。
	名 称 (氏名)	みきゃんクリニック		
	所 在 地 (住所)	松山市一番町4丁目4-2		
変 更 内 容	変 更 事 項	名称	管理者	・変更事項には変更する項目(名称、管理者など)を記載し、下の新旧にその内容を記載してください。 ・変更事項が複数ある場合は適宜届出書をそれがわかるように加工していただくか、「別紙のとおり」と記載して別紙を添付していただくか、変更事項ごとに届出てください。
	旧	みきゃんクリニック	愛媛 健一	
	新	みきゃん病院	愛媛 健二	
変 更 年 月 日		令和元年 5 月 3 1 日		
委 託 患 者 の 措 置 状 況	変更なし。 委託患者の措置状況については、変更がないときも含め、必ず記入するようにしてください。			

令和元年 6 月 1 日
愛媛県知事 様

変更の届出は、変更のあった日から10日以内に届け出るようにしてください。(法第50条の2)

開設者が法人の場合は、法人の主たる所在地、法人名、代表者職氏名を記載してください。開設者が個人の場合は、開設者本人の住所、氏名を記載してください。

届出者

〒790-8570
住所 松山市一番町四丁目4-2
医療法人愛媛会
氏名 理事長 愛媛 健一