

様式第 15 号（細則第 8 条関係）

○年 ○月 ▲日

○○ 保健所長 様

開設者 住 所 盛岡市内丸一丁目 1 番 1 号
氏 名 医療法人○○会 理事長岩手一郎^印

〔 法人にあつては、主たる事務所の
所在地、名称及び代表者の氏名 〕

指定自立支援医療機関（精神通院医療）名称等変更届

指定自立支援医療機関の役員を変更しましたので、~~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~~

医 療 機 関 名	医療法人○○会 ○○医院			
代 表 者 氏 名	医療法人○○会 理事長 岩手 一郎			
所 在 地	〒020-○○○○ 岩手県盛岡市内丸一丁目 1 番 1 号			
電 話 番 号	019-123-○○○○			
医療機関等コード	1	2	3	4
変更等の内容	・役員（代表者）の変更 理事長 岩手 太郎→ 理事長 岩手 一郎			
変更年月日	○ 年 ○ 月 ○ 日			

医療機関名は正式名称を記載してください。

住所は省略せず正確に記載願います（○番○号、又は○番地等）。

変更内容を具体的に記載の上、別紙 1～4 のうち該当する書類を添付してください。

※ 1 下記書類を添付のこと。ただし直近の指定の申請（変更申請及び変更届出含む）時点から変更が生じていない事項については、当該事項に係る添付書類を省略することができる。

- (1) 病院又は診療所 : ①主として担当する医師の経歴（別紙 1）（医師免許の写しを添付）
- (2) 薬局 : ①管理薬剤師の経歴書（別紙 2）（薬剤師免許の写しを添付）
②主に処方せんを受け付けている医療機関（2ヶ所以上）（別紙 3）
- (3) 訪問看護事業者等 : ①従事する職員の定数（別紙 4）

2 所在地の変更等により医療機関コードが変更になった場合は、変更届ではなく、廃止届と新たな医療機関コードに係る医療機関の状況で新規に指定申請書を提出すること（更生医療・育成医療と取扱いが異なるため注意する。）。