

年 月 日

(あて先) 浜松市長

住所(所在地)

届出者(開設者)

氏名(名称及び代表者氏名)

指定自立支援医療機関変更届出書

指定自立支援医療機関の指定に係る事項に変更があったので、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条の規定により、次のとおり届け出ます。

記

指定自立支援 医 療 機 関	名 称	
	所 在 地	〒
	電話番号	
担当している医療の種類 (該当に○印)		育成医療 ・ 更生医療 ----- 病院又は診療所 ・ 薬局 ・ 訪問看護事業者等
変 更 事 項		
変 更 内 容	変 更 前	
	変 更 後	
変 更 年 月 日		

※届出内容のお問合せ先(必ず記入)

届出者又は担当者名

電話