

指定(医療・介護)機関変更届

※太枠内は変更箇所のみ記入してください。

医療機関・事業所等名称			
コード(指定番号)			
変 更 事 項			
医療機関・事業所等	旧	名称	
		所在地 (地番表示の変更時のみ)	
	新	名称	
		所在地 (地番表示の変更時のみ)	
開設者(※)	旧	ふりがな	
		名前 (名称)	
		住所 (所在地)	
		電話	
	新	ふりがな	
		名前 (名称)	
		住所 (所在地)	
		電話	
管理者	旧	ふりがな	
		名前	生年月日 年 月 日
		住所	
	新	ふりがな	
		名前	生年月日 年 月 日
		住所	
その他	変更内容 (必須)		
	旧		
	新		
変 更 年 月 日		年 月 日	

※開設者名の変更…個人の場合は氏の変更等、法人の場合は法人名や法人代表者名の変更等を記載。
(医療機関コードが変わる場合は、別の手続が必要です。)

年 月 日

福山市長様

住所
申請者(開設者)
名 前