

別紙様式 2 - (1)

指定自立支援医療機関（精神通院医療）変更届出書
（病院又は診療所）

保険医療機関	名 称	〇〇クリニック		
		[医療機関コード（7桁）：〇〇〇〇〇〇〇〇]		
所 在 地		(〒〇〇〇-〇〇〇〇)		
		栃木県〇〇市〇〇 〇-〇-〇 [電話番号：〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇]		
開 設 者	住 所	〇〇県〇〇市〇〇 〇-〇-〇		
	氏 名 又 は 名 称	医療法人〇〇〇 県庁 一郎		
	生 年 月 日	(元号) 〇年〇月〇日	職 名	理事長
変 更 事 項	変更後： 県庁 一郎（開設者） （変更前： 県庁 太郎） [変更日： (元号) 〇年〇月〇日]			
標ぼうしている診療科目 ※1	精神科、心療内科			
主として担当する医師の経歴 ※2	(別紙)			
上記のとおり、指定を受けた内容を変更したので、障害者の日常生活及 的に支援するための法律第64条の規定により届け出ます。 (元号) 〇年〇月〇日 開設者 住 所 〇〇県〇〇市〇〇 〇-〇-〇 氏名又は名称 〇〇法人 〇〇会 理事長 県庁 一郎 栃木県知事 様				

変更後の名称等を記載する。

変更の事項を記載する。
（法人名称又は所在地、
開設者名、医療機関名又
は所在地、主担当医師）

変更後の内容を記載する。
（名称、所在地、代表者名、
主担当医師など）

法人の本社所在地
※個人の場合は自宅住所

法人の名称 + 代表者の職名 + 代表者の氏名
※個人の場合は、氏名のみ

※1 標ぼうしている診療科目が多数ある医療機関については、精神通院医療に主に関係する診療科目のみで差し支えないこととする。

※2 直近の指定の申請（変更の届出を含む。）後に変更にかかる添付書類を省略することができる。