

指定自立支援医療機関（精神通院医療）変更届出書（記入例）
（病院又は診療所）

保険医療機関	名称 (注1)	医療法人〇〇会 △△病院 ※正式名称をご記入ください。		
	所在地	〒〇〇〇—〇〇〇〇 山口市〇〇町△△1番1号 電話 (〇〇〇)〇〇〇局〇〇〇〇番		
開設者	住所	〒〇〇〇—〇〇〇〇〇 山口市△△町〇〇2番2号 ※個人開設の場合は代表者住所		
	氏名又は名称	医療法人〇〇会 ※個人開設の場合は代表者氏名		
	生年月日 (注2)	※〇年〇月〇日	職名(注3)	※医師
標榜している診療科目 (注4)		精神科・心療内科※精神通院医療に主に関係する診療科目をご記入ください。		
主として担当する医師の経歴 (注5)		(別紙経歴書)		
変更年月日		令和〇〇年〇月〇日		
変更の内容	変更前	医師：山口 太郎		変更事項を記入してください。記入例は、 <u>医師の変更</u> です。
	変更後	医師：山口 次郎		
<p>上記のとおり、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（平成17年法律第123号）第64条の規定に基づき変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため届出を行う。</p> <p>令和〇年 〇月 〇日</p> <p>（開設者） 住 所 〒〇〇〇—〇〇〇〇〇 山口市△△町〇〇2番2号</p> <p>氏名又は名称 及び代表者職氏名 医療法人〇〇会 理事長 山口 一郎</p> <p>電 話 (〇〇〇) 〇〇〇局 〇〇〇〇番</p> <p>申請担当者名 事務部 山口 花子</p> <p>山口県知事様</p>				

申請日をご記入ください。

内容についてお問合せする場合があります。

押印は不要です。（個人・法人とも）

書を確認）。

- 注1 保険医療機関の名称は、正式名称を記載（個人・法人とも）書を確認）。
- 注2 生年月日について、開設者が法人の場合は記入不要。
- 注3 職名について、開設者が法人の場合は記入不要。開設者が個人の場合は、医療機関における職名（例：医師）を記載すること。
- 注4 標榜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。
- 注5 直近の指定の申請（変更届出含む）時点から「主として担当する医師」に変更が生じていない場合については、当該事項に係る添付書類を省略することができる。