**指定医療機関変更届出書**

**（訪問看護ステーション用）**

　　　年　　月　　日

埼玉県知事　宛

　　　　　　　　　　　　　　＜開設者＞（法人の場合は、主たる事務所の所在地、法人名称、代表者の職名及び氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　　住所 　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　電話

　　　　　　　　　　　　　　　(担当者 　　　　　　　　電話　　　　　　　　　　　　　　）以下のとおり届出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 業務の種類 | 訪問看護ステーション　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　\*医科・歯科・薬局は別様式 |
| 医療機関名称 |  | ステーションコード |  |  |  |  |  |  |  |
| 変更内容 | 変更年月日 |
| 医療機関 | 変更前 | 名称 |  | 　　　年　　月　　日 |
| 所在地 | 〒 |
| 変更後 | 名称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 開設者 | 変更前 | 氏名 | 　　　　　※法人の場合は法人名称 | 生年月日 | 年　　月　　日 | 　　　年　　月　　日 |
| 所在地 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　※法人の場合は主たる事務所の所在地 |
| 変更後 | 氏名 | 　　　　　※法人の場合は法人名称 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 所在地 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　※法人の場合は主たる事務所の所在地 |
| 管理者 | 変更前 | 氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 | 　　　年　　月　　日 |
| 所在地 | 〒 |
| 変更後 | 氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 所在地 | 〒 |
| その他 | 変更前 |  | 　　　年　　月　　日 |
| 変更後 |  |