様式第２１号

指定自立支援医療機関（精神通院医療）変更届

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 変更等の区分 | | | 新 | 旧 |
| 保険医療機関保険薬局 | 名 称 | |  |  |
| 所在地 | | 〒　　－　　℡(　　)　　－ | 〒　　－　　℡(　　)　　－ |
| 開設者 | 住所 | | 〒　　－　　℡(　　)　　－ | 〒　　－　　℡(　　)　　－ |
| 氏名又は名称 | |  |  |
| 標榜している診療科名 | | |  |  |
| 主として  担当する医師  又は薬剤師 | | 氏　名 |  |  |
| 経　歴 | 別紙様式１６  （薬局の場合様式１８） |  |
| 指定居宅サービス事業者  ・指定訪問看護事業者 | | 名　称 |  |  |
| 主たる事務所の  所在地 | 〒　　－　　℡(　　)　　－ | 〒　　－　　℡(　　)　　－ |
| 訪問看護ステーション等 | | 名　称 |  |  |
| 所在地 | 〒　　－　　℡(　　)　　－ | 〒　　－　　℡(　　)　　－ |
| 職員の定数 | 別紙様式２０ |  |
| 変 更 年 月 日 | | | 年　　 月 　　 日 | |
| 備 考 | | |  | |
| 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施行規則第62条の規定により変更がありましたので、届出します。  年　　月　　日  　　宛先　名古屋市長  所在地  名　称  開設者 | | | | |