

様式 2－（1）

難病指定医療機関変更届出書（病院又は診療所）

指定医療機関番号：45B

指定医療機関名：

変 更 年 月 日		年 月 日			
変更のある事項にチェックし、変更後の内容を記載	☐	保険医療機関	名 称	(旧医療機関名：)	
	☐		所 在 地	〒 () ー	
	※医療機関コードが変更となる場合は、当該変更届ではなく、辞退届と新規申請を行ってください。				
	☐	開 設 者	住 所	〒	
	☐		氏名又は名称		
	☐	標榜している診療科目			
	☐	役員の職名及び氏名 ※記載欄が不足する場合は、「別添のとおり」と記載し、役員名簿を添付してください。		職 名	氏 名
上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第19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。					
年 月 日					
開 設 者					
住 所					
氏名又は名称					
宮崎県知事 殿					