結核指定医療機関変更届

年　　月　　日

豊 中 市 長　様

開設者の住所　※法人の場合は法人住所
〒
開設者の名称　※個人の場合は記載不要
代表者の役職・氏名
㊞

次のとおり変更しましたので届け出ます。

医療機関の名称		
医療機関の所在地		
保険医療機関番号 （保険薬局番号）		
変更事項	変更前	
	変更後	
変更年月日		年　　月　　日
変更理由 （該当理由に、〇印）		1.内容の変更を伴わず単に医療機関の名称変更 2.住所表示変更等による、医療機関の所在地名や呼称及び地番変更 3.婚姻、養子縁組、法人の名称変更等による、開設者名変更 4.開設者の住所変更 【注意事項】法人の代表者変更の場合は、届出不要です。
本申請書についての連絡先 担当者名： 担当者電話番号：		

◎ 注 意 事 項

下記の事由が発生する場合は、辞退書あるいは変更届を、速やかに豊中市長に提出してください。

なお、辞退については３０日前までに届出なければなりません。

(感染症の予防及び感染症患者に対する医療に関する法律第３８条第８項)

○　辞退書の提出となる事由

(a)　開設者が変更となる場合

例 ・ 開設者が法人である場合に、他の法人に合併されたり、新たな法人となる場合

・ 開設者が法人から個人になる場合または、個人から法人になる場合

・ 開設者が施設を他人に譲渡する場合

(b)　医療機関が診療もしくは業務の全部を停止する場合

(c)　医療機関が移転する場合（医療機関の増改築等による仮移転を含む）

(d)　開設者が死亡した場合又は失踪宣言を受けた場合

（戸籍法に規定する死亡届出義務者が提出）

※ なお、開設者変更後の医療機関、移転後の医療機関の指定については、再度申請を行ってください。

○　変更届の提出となる事由

(a)　医療機関の名称を変更する場合

（医療機関の規模、内容、施設等に変更がある場合を除く）

(b)　住居表示の変更等により、医療機関の所在地名の呼称及び地番に変更がある場合

(c)　婚姻、養子縁組及び法人の名称変更等により、開設者名に変更がある場合

(d)　開設者の住居に変更がある場合