第12号様式の8（第5条の2関係）

**記入例**

**指定医療機関変更届出書**

令和**元**年　**５**月　**１**日

越谷市長　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者（法人の場合は、主たる事務所の所在地、名称）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所　〒**３４３－０８１３**

**越谷市越ヶ谷○－○－○**

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　**医療法人越谷会**　**理事会**　**越谷　〇〇〇**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（担当者: **越谷　△△**  　電話番号:　 **（０４８）○○○－××××**）

指定医療機関について、次のとおり変更しましたので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 | **〇〇クリニック** | 医療機関コード | **０** | **１** | **０** | **０** | **０** | **０** | **１** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 変更事項 | | 変更前 | 変更後 |
| 医  療  機  関 | 名　称 |  |  |
| 所在地 | 〒  変更になった項目のみ記  入してください。 | 〒  郵便番号は必ず  記入してください。 |
| 開  設  者 | 名称  （氏名） | （生年月日：　　　年　　月　　日） | （生年月日：　　　年　　月　　日） |
| 住所 | 〒**３４３－０８１３**  **越谷市越ヶ谷○－○－○** | 〒**３４３－０８１８**  **越谷市越ヶ谷本町○－○** |
| 管理者 | 氏名 | （生年月日：　　　年　　月　　日） | （生年月日：　　　年　　月　　日） |
| 住所 | 〒 | 〒 |
| そ　の　他  （） | |  |  |
| 変 更 年 月 日 | | 令和**元**年　**５**月　**１**日 |

　※変更前、変更後の欄は変更した項目のみ記入してください。