第４号様式

指定自立支援医療機関変更届出書（共通）

年　　月　　日

横須賀市長　様

開　設　者
住　　所
氏名又は名称

下記のとおり、障害者総合支援法（平成 17 年法律第 123 号）第 64 条の規定に基づき変更の届出を行うべき事項が生じたので、届け出ます。

医療機関等の名称及び所在地	名　称			
	所在地			
開設者又は代表者	住　所			
	氏名又は名称			
	生年月日		職　名	
担当している医療の種類（該当に○印）	更生医療・育成医療（　診療科目：　　）			
	薬　局　・　訪　問　看　護　事　業　者　等			
変更事由				
変更内容	新			変更日
	旧			
変更内容	新			変更日
	旧			

（備考）「主として担当する医師、歯科医師、及び管理薬剤師の経歴」、「自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要」において、直近の申請（変更届出含む）から変更があった場合は、それぞれ別紙１、別紙２を添付すること。

（第４号様式の別紙１・医師・歯科医師用）

経　歴　書

学　　位		氏（ふりがな）名		生年月日	
現 住 所					
関係学会 加入状況					
年 月 日	任　免　事　項		師事した指導者の氏名、学位論文名又は学会に提出した論文名		

※医師免許証の写しを必ず添付すること。

（第４号様式の別紙１・薬剤師用）

経　歴　書

学　　位			
氏（ふりがな）名		生年月日	
現 住 所			
最終学歴			
主 た る 職　　歴			

※薬剤師免許証の写しを必ず添付すること。

（第４号様式の別紙２）

自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要

	品　　目	数　量	品　　目	数　量
設　　備 (主要なもの)				
体　　制				