

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			
印			
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又は歯科医師の経歴」、「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・医師用)

経 歴 書

学 位		氏 ^ま り ^り が ^が な ^な		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 名		生年月日	
現 住 所			
最終学歴			
主たる 職 歴			

(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				