（別紙様式　６）

指定医師変更等届出書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　　目 | 変　　更　　前 | 変　　更　　後 |
| 医療機関の名称 |  |  |
| 　医療機関の所在地 | ℡（　　　） | ℡（　　　） |
| 開設者の住所 |  |  |
| 開設者の氏名　　　　又は名称 |  |  |
| 指 定 医 師 の　氏　　　　　名 |  |  |
| 標ぼうしている診療科名（指定診療科） |  |  |
| 医療機関の休止　　　　又は再開 |  |
| 医療法第24条、第28条若しくは第29条に規定する処分 |  |
| 変　更　年　月　日 |  |
| 備　　　　　　　考 |  |
| 上記のとおり変更しました事項について、お届けします。　　　　　　年　　　　月　　　　日奈良県知事　　　　　様 |

　　　　　　　　　　　　　　住　　　所

　　　　　　　　　　　　　　氏　　　名　　　　　　　　　　　　　　　㊞