

指 定 医 療 機 関 変 更 届

年 月 日

藤 沢 市 長

指定医療機関の開設者等住所
(法人の場合は、法人の住所)

指定医療機関の開設者等氏名
(法人の場合は、法人の名称、代表者職氏名)

印

保 険 医 療 機 関 番 号
(保 険 薬 局 番 号)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

次のとおり変更しましたので届出します。

指定医療機関名称		
指定医療機関所在地		
変 更 事 項	変更前	
	変更後	
変 更 年 月 日		
変 更 理 由 (該当理由に、○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。

本申請書の内容についての連絡先
藤沢市役所福祉健康部
藤沢市保健所保健予防課
TEL 0466-25-1111