様式７

|  |
| --- |
| 指定自立支援医療機関指定内容変更届　　年　　月　　日　　　　明 石 市 長 様医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所　　　　　　　　　　　　　　　 　　指定自立支援医療機関の指定内容について、下記のとおり変更しましたので届け　出ます。記 |
| 変 更 事 項 | 変　更　前 | 変　更　後 |
|  |  |  |

※　「主として担当する医師又は歯科医師」又は「主として担当する薬剤師」を変更する　場合は、「経歴書（別紙１）」及び免許証の写し他必要書類を添付すること。