様式第14号（その１）病院または診療所用（第12条関係）

指定自立支援医療機関（~~育成医療・更生医療~~・精神通院医療）変更届出書

（病院または診療所）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | 変更後 | 変更前 |
| 保険医療機関 | 名称 | (医療機関コード　　　　　　　　　) | (医療機関コード　　　　　　　　　) |
| 所在地 | 〒 | 〒 |
| 開設者 | 住所 | 〒 | 〒 |
| 氏名または名称 |  |  |
| 生年月日 |  |  |
| 職名 |  |  |
| 標榜している診療科名 | |  |  |
| 主として担当する医師または歯科医師の氏名および経歴 | |  |  |
| ※１　自立支援医療を行うために必要な設備の概要 | |  |  |
| ※２　自立支援医療を行うための入院設備の定員 | |  |  |
| その他 | |  |  |
| 上記のとおり、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第64条の規定に基づき変更の届出を行うべき事業に変更が生じたので、書類を添えて届け出ます。  　　　　　　年　　月　　日  開設者  住所  氏名または名称　　　　　　　　　　　　　　　　印  　　（あて先）　　　　　　　　　　　　　　　　（変更年月日　　　年　　　月　　　日）  　　　 滋賀県知事 | | | |

注１　育成医療、更生医療または精神通院医療のうち該当しない部分を二重線で消去してください。

　２　※１欄は、育成医療および更生医療の場合に記入してください。

　３　※２欄は、育成医療および更生医療を申請する診療所の場合に記入してください。

（別紙１）

経　　　歴　　　書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学位 |  | ふり　　　　がな  氏　　名 | 印 | | 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  または学会に提出した論文名 | | |
|  |  | | |  | | |

（別紙２）

自立支援医療を行うために必要な体制および設備の概要

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