様式第11号の６（第９条の３、第10条の９関係）

変　　　更　　　届　　　出　　　書

年　　月　　日

（宛先）

滋賀県知事

届出者　主たる事務所の所在地

名　称

代表者の氏名

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定内容を変更した事業所（施設） | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 事業の種類 |  |
| 変 更 が あ つ た 事 項 | 変　更　の　内　容 |
| １ | 事業所（施設）の名称 | （変更前） |
| ２ | 事業所（施設）の所在地（設置の場所） |
| ３ | 事業者（設置者）の名称 |
| ４ | 主たる事務所の所在地 |
| ５ | 代表者の氏名、生年月日、住所および職名 |
| ６ | 登記事項証明書または条例等（当該指定に係る事業に関するものに限る。） |
| ７ | 医療法第７条の許可を受けた病院または診療所であること。 |
| ８ | 事業所（施設）の平面図および設備の概要 | （変更後） |
| ９ | 事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日、住所および経歴 |
| 10 | 事業所（施設）の児童発達支援管理責任者の氏名、生年月日、住所および経歴 |
| 11 | 主たる対象者 |
| 12 | 運営規程 |
| 13 | 協力医療機関の名称および診療科名ならびに当該協力医療機関との契約内容 |
| 変更年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |

注１　該当項目番号に○を付してください。

２　変更内容がわかる書類を添付してください。

３　変更の日から10日以内に届け出てください。

４　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ列４番とします。