別紙６

様式第１号

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 先進医療に係る変更届出書 | | | | | |  |
|
|  | ※１　受 理 年 月 日 | |  |  |  |
| 実 施 し て い る  先 進 医 療 技 術 の 名 称 | |  | |
| 管　理　者　氏　名 | |  | |
| 実施責任医師 | 所属部署  及び役職 |  | |
| 氏名 |  | |
| 電話番号  ＦＡＸ番号  （Eﾒｰﾙ） | （Eﾒｰﾙ） | |
| 事務担当者 | 所属部署  及び役職 |  | |
| 氏名 |  | |
| 電話番号  ＦＡＸ番号  （Eﾒｰﾙ） | （Eﾒｰﾙ） | |
| 上記のとおり、別紙書類を添えて、届出を行います。  　　　　　　　年　　月　　日　　　医療機関の所在地  　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関の名称  　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者氏名    厚生労働大臣　　殿  　注）　※１欄には、記入しないこと。 | | | | | |

様式第２号

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 先進医療に係る変更届出書 | | | | | |  |
|  | |
|  | ※１　受 理 年 月 日 | |  |  |  |
| 実 施 し て い る  先 進 医 療 技 術 の 名 称 | |  | |
| 管　理　者　氏　名 | |  | |
| 実施責任医師 | 所属部署  及び役職 |  | |
| 氏名 |  | |
| 電話番号  ＦＡＸ番号  （Eﾒｰﾙ） | （Eﾒｰﾙ） | |
| 事務担当者 | 所属部署  及び役職 |  | |
| 氏名 |  | |
| 電話番号  ＦＡＸ番号  （Eﾒｰﾙ） | （Eﾒｰﾙ） | |
| 上記のとおり、別紙書類を添えて、届出を行います。  　　　　　　　年　　月　　日　　　医療機関の所在地  　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関の名称  　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者氏名  　　　地方厚生（支）局長　　殿  　注）　※１欄には、記入しないこと。 | | | | | |