様式第１号

別紙３

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者申出療養に係る変更届出書 | | | | | |  |
|
|  | ※１　受 理 年 月 日 | |  |  |  |
| 実 施 し て い る  患 者 申 出 療 養 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-mail） | （E-mail） | |
| 事務担当者 | 所属部署  及び役職 |  | |
| 氏名 |  | |
| 電話番号  ＦＡＸ番号  （E-mail） | （E-mail） | |
| 上記のとおり、別紙書類を添えて、届出を行います。  　　　　　年　　月　　日　　　保険医療機関の所在地    保険医療機関の名称  　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者氏名    厚生労働大臣　殿 | | | | | |

　注）　※１欄には、記入しないこと。