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。