様式第9号

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定自立支援医療機関指定内容変更届  年　　　　月　　　　日  　　　神　戸　市　長　　宛  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関等  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 名　　　　　称  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 所在地　　〒　　　－  開　設　者  住所　　〒　　　－  氏名又は名称  指定自立支援医療機関の指定内容について、下記のとおり変更しましたので届け出ます。  記 | | |
| 変更年月日 | 年　　　　　　月　　　　　　日 | |
| 変更事項 | 変更前 | 変更後 |
|  |  |  |

備考　１　医療機関等の名称変更の場合は、必ず正式名称を記載すること。

２　「主として担当する医師の氏名」の変更の場合は、主として担当する医師の経歴書（様式第２号）を、　「主として担当する薬剤師の氏名」の変更の場合は、主として担当する薬剤師の経歴書（様式第４号）

を添付すること。