第６章３号様式

指定医療機関（変更・追加）届

 　　 令和　　年　　月　　日

 南部保健所長　殿

 　　　　住所

 　　申請者

 　　　　氏名

　下記のとおり指定医療機関の（変更・追加）をお届けします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患者住所 |  | 患者氏名　　　　　　　年　月　日生 |
| 患者票記号番号 |  |  自　　　　年　　月　　日承認期間 至　　　　年　　月　　日 |
| 病　　　　　　　名 |  | 承認医療の内容 |
| 現　在　の医療機関 | 所在地 |  |
| 名　称 |  |
| 新たに医療を受けようとする医療機関 | 所在地 |  |
| 名　称 |  |
| 理　　　　　　　由 | 移動予定年月日　　　令和　　年　　月　　日 |
| 主治医の意見 （旧主治医） 令和　　年　　月　　日　上記の患者については指定医療機関の（変更・追加）を認めます。 所 在 地 　　　　  医療機関　名 称 　　　　  医師の氏名　　　　　　　　　　　 　　印  |
|

(注)この届出には患者票を添えて提出すること。