様式5

第６章３号様式

指定医療機関（変更・追加）届

　　 平成　　年　　月　　日

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　　　平成　　年　　月　　日 | | |
| 主治医の意見  （旧主治医）  平成　　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。