

様式 7

指定自立支援医療機関指定内容変更届

年 月 日

兵庫県知事様

医療機関 所在地  
名称  
開設者 住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）  
氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）  
電話（ ） —  
電子メール

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たので届け出ます。

記

自立支援医療の種類	育成医療 ・ 更生医療	
変更事項	変更前	変更後

※ 「主として担当する医師又は歯科医師」又は「主として担当する薬剤師」を変更する場合は、「経歴書（別紙1）」及び免許証の写し他必要書類を添付すること。