平成　　　年　　　月　　　日

　いわき市長　様

住所（所在地）

届出者　氏名（名称及び代表者氏名）

電話番号

次のとおり変更が生じましたので、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第64条の規定により届け出ます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関 | 名称 |  | |
| 所在地 | 電話番号 | |
| 開設者 | 氏名又は名称 |  | |
| 住所 | 電話番号 | |
| 自立支援医療機関  指定年月日 | | 平成　　　年　　　月　　　日 | |
| 標ぼうしている診療科名 | |  | |
| 担当する医療の種類 | |  | |
| 主として担当する  医師又は歯科医師の氏名 | |  | |
| 主として担当する  医師又は歯科医師の経歴 | |  | |
| 自立支援医療を行うために必要な設備及び体制の概要 | |  | |
| 自立支援医療を行うための 収容設備の定員 | |  | |
| 変更年月日 | | 平成　　　年　　　月　　　日 | |
| 変更内容 | | 旧 | 新 |
|  |  |

　備考　各項目の欄に記入できない場合は、別紙として作成し、この様式に添付してください。