

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）変更届出書

年 月 日

（宛先）旭川市長

開 設 者  
住 所  
氏名又は名称

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）の指定を受けた内容を変更したので、次のとおり届け出ます。

指定医療機関	所在地	
	名 称	
変 更 内 容	変更事項	
	変 更 前	
	変 更 後	
変更年月日	年 月 日	

- （注） 1 「主として担当する医師又は歯科医師」及び「薬剤師」の変更の場合は，経歴書を添付してください。
- 2 「自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要」，「調剤のために必要な設備及び施設の概要」又は「職員の定数」の変更の場合は，変更の内容が分かるものを添付してください。