

中国四国厚生局における指定申請に係る連絡票・指定希望日記載票

中国四国厚生局事務所等からの指定申請書及び添付書類に関する照会等の連絡が円滑に行われるよう連絡先を登録願います。

申請年月日		令和 年 月 日
名 称	法人名	(フリガナ)
	機関名	(フリガナ)
	電 話	— —
	F A X	— —
開 設 者	氏 名	(フリガナ)
	電 話	— —
遡及申請 の有・無 及び区分	有 ・ 無	<p>(有の場合は、いずれかに○をつけること。)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 保険医療機関等の開設者が変更となった場合で、前開設者の変更と同時に引き続いて開設され、患者が引き続き診療を受けている場合 2. 保険医療機関等の開設者が個人から法人組織に、又は法人組織から個人に変更となった場合で、患者が引き続いて診療を受けている場合 3. 保険医療機関が病院から診療所に、又は診療所から病院に組織変更となった場合で、患者が引き続いて診療を受けている場合 4. 保険医療機関等が至近の距離に移転し同日付で新旧医療機関等を開設、廃止した場合で、患者が引き続いて診療を受けている場合
指 定 希 望 日		令和 年 月 日