

近畿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

連絡先
担当者氏名：
連絡可能な電話番号℥：

近畿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等を登録願います。また、指定希望日の有無及び有の場合の希望日を記入願います。

申請年月日		令和 年 月 日
病院 ・ 診療所 ・ 薬局	名称	(フリガナ)
	TEL	(代表)
	FAX	
開設者	法人名・ 法人役職名・ 氏名	(フリガナ)
	TEL	
更新申請の有無		有 ・ 無
遡及申請 の有無 及び区分	有・無	(有の場合は、いずれかに○をつけること。) 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け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 (注)	有 (月 日) ・ 無	

注1 指定希望日の有無のいずれかを○で囲むこと。

注2 「有」の場合は、希望月日を記載すること。ただし、指定申請書を提出した翌月の1日以降（当月の指定申請締切日以降に提出する場合は翌々月1日以降）とすること。

注3 「無」の場合は、指定申請書を提出した翌月の1日（当月の指定申請締切日以降に提出する場合は翌々月の1日）に指定されます。