

四国厚生支局における指定申請に係る連絡票・指定希望日記載票

四国厚生支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していただくとともに、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
名 称	法人名	(フリガナ)
	機関名	(フリガナ)
	TEL	(代表)
	FAX	
開設者	氏名	(フリガナ)
	TEL	
所属会	1. 医師会 2. 歯科医師会 3. 薬剤師会	
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。