

第4号様式(第3条関係)

年 月 日

(あて先)浜松市長

住所
(所在地)

届出者

氏名
(名称及び代表者氏名)
(署名又は記名押印をしてください。)

指定自立支援医療機関変更届出書

指定自立支援医療機関の指定に係る事項に変更があったので、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、次のとおり届け出ます。

記

指定自立支援 医療機関	名称			
	所在地			
	電話番号		担当者名	
変更事項				
変更内容	変更前			
	変更後			
変更年月日				