別紙６

様式第１号

|  |  |
| --- | --- |
| 先進医療に係る変更届出書 |  |
|
|  | ※１　受 理 年 月 日 |  |  |  |
| 実 施 し て い る先 進 医 療 技 術 の 名 称 |  |
| 管　理　者　氏　名 |  |
| 実施責任医師 | 所属部署及び役職 |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号ＦＡＸ番号（Eﾒｰﾙ） |  （Eﾒｰﾙ） |
| 事務担当者 | 所属部署及び役職 |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号ＦＡＸ番号（Eﾒｰﾙ） |  （Eﾒｰﾙ） |
| 　　上記のとおり、別紙書類を添えて、届出を行います。　　　　　　　年　　月　　日　　　医療機関の所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関の名称　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　厚生労働大臣　　殿　注）　※１欄には、記入しないこと。 |

様式第２号

|  |  |
| --- | --- |
| 先進医療に係る変更届出書 |  |
|  |
|  | ※１　受 理 年 月 日 |  |  |  |
| 実 施 し て い る先 進 医 療 技 術 の 名 称 |  |
| 管　理　者　氏　名 |  |
| 実施責任医師 | 所属部署及び役職 |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号ＦＡＸ番号（Eﾒｰﾙ） |  （Eﾒｰﾙ） |
| 事務担当者 | 所属部署及び役職 |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号ＦＡＸ番号（Eﾒｰﾙ） |  （Eﾒｰﾙ） |
| 　　上記のとおり、別紙書類を添えて、届出を行います。　　　　　　　年　　月　　日　　　医療機関の所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関の名称　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　地方厚生（支）局長　　殿　注）　※１欄には、記入しないこと。 |