

生活保護法等指定 ※ **医療機関** ※ **名称** 変更届書

医療機関
介護機関
助産師
施術者

名称
所在地
その他

該当するものに○

次のとおり変更しましたので届け出ます。

指医	医療介護 機関コード	77・7777・7 ※助産師・加	医療機関→医療機関コード 介護機関→介護事業所番号 助産・施術機関→記載不要
療 機 関	名 称 (氏名)	肥後熊本医療センター (正式名称とし、名称ごとに作成してください。)	
	所在地 (住所)	〒860-8601 熊本市中央区手取本町1番1号 TEL 096-328-2111	
定等	(介護機関の場合) 施設又は実施する事 業の種類	介護機関の場合のみ記載。 (例) 予防訪問介護、訪問介護	その他の変更の場合は 変更事由と変更内容を記載。 (例) 開設者変更 医療法人〇〇会 理事長〇〇
変 更 事 項	旧	肥後熊本病院	
	新	肥後熊本医療センター	
変 更 年 月 日		令和4 年 1 月 1 日	
委 の 措 置 状 況 等	措置状況に変更がなければ記載不要		
		記載日	

令和4 年 1 月 3 日

熊本市長 様

〒860-8601
住 所 **熊本市中央区手取本町1番1号**
TEL 096-328-2111

医療機関、介護機関の場合は、
申請日時点での開設者。
助産機関・施術機関の場合は
助産所又は施術所の住所と
助産所名又は施術所名を記載。

届出者

氏 名 **医療法人社団〇〇会**
理事長 生保 太郎

(裏面の記載要領にしたがって記載してください)