

| | |
|---------|--|
| ※番号 | |
| 医療機関コード | |

保 険 医 療 機 関 指 定 変 更 申 請 書

| | | | | |
|----------------------------|---|-----------|---|-----|
| ① 病 院 ・ 診 療 所 | (フリガナ) 名 称 | | | |
| | 所 在 地 | 〒 ー | | |
| ② 医療法第30条の11の規定 による勧告 | 有 ・ 無 | 勧 告 年 月 日 | 年 | 月 日 |
| ③ 変更後の指定に係る病床 種別ごとの病床数等 | 床 (うち、一般病床 床、療養病床 床、精神病床 床、結核病床 床、感染症病床 床) (特別の療養環境に係る病床 床 (個室 床、2人室 床、3人室 床、4人室 床)) | | | |

開設者の住所及び氏名 (法人の場合は、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の職氏名)

上記のとおり申請します

住 所 〒 ー

平成 年 月 日

(名 称)

(フリガナ)

関東信越厚生局長 殿

(職) 氏 名

印

電 話 (局) 番

保険医療機関指定変更申請書 添付書類 (様式)

1 医師及び歯科医師のそれぞれの数

| 医 師 | 歯 科 医 師 |
|---------------------|---------------------|
| 人 (うち常勤 人・非常勤 人) | 人 (うち常勤 人・非常勤 人) |

2 看護師、准看護師及び看護補助者のそれぞれの数

| 看 護 師 | 准 看 護 師 | 看 護 補 助 者 |
|-------|---------|-----------|
| 人 | 人 | 人 |

注 病院又は療養病床を有する診療所のみ記載すること。