

保険医療機関
届出事項変更（異動）届
保険薬局

医療機関(薬局)名称	
医療機関(薬局)コード	
電話番号	() -
事務担当者名	

名称 ・ 開設者 (代表者) ・ 管理者 (管理薬剤師) (変更するい ずれかを○で 囲んで下さ い)	変更前	(名称・氏名等)			変更(異動)年月日等 平成 年 月 日	
		(住 所)				
	変更後	(フリガナ)				
		(名称・氏名等)				
		(登録記号番号) …管理者の変更の場合 医 歯 薬 号				
(フリガナ)						
(住 所)						
保 険 医 又 は 保 険 薬 剤 師	勤務者 ・ 退職者 ・ 勤務形態 等変更 (いずれか○で 囲んで下さい)	氏 名	(フリガナ)		異動年月日	
					平成 年 月 日	
		登録の記号 及び番号	医 歯 薬 号	医師免許証 等登録番号		
		担当診療科 及び 勤務形態	(担当診療科名)	常勤・非常勤 (○で囲んでください) (勤務の内容・勤務日、時間等)		
	勤務者 ・ 退職者 ・ 勤務形態 等変更 (いずれか○で 囲んで下さい)	氏 名	(フリガナ)		異動年月日	
					平成 年 月 日	
		登録の記号 及び番号	医 歯 薬 号	医師免許証 等登録番号		
		担当診療科 及び 勤務形態	(担当診療科名)	常勤・非常勤 (○で囲んでください) (勤務の内容・勤務日、時間等)		
	その他の変更 (区画変更、診療 科目※、診療(開 局)時間、病床数 変更(減床)、電話 番号等)	変更前				変更(異動)年月日等
		変更後				平成 年 月 日

※【記載上の注意】

診療科目に変更がある場合は、変更前、変更後に、それぞれすべての診療科名を記入し、診療科名が複数ある場合、主たる診療科名を最初に記載して下さい。

上記のとおり変更、異動が生じたので保険医療機関及び保険薬局の指定並びに保険医及び保険薬剤師の登録に関する省令第8条によりお届けします。

平成 年 月 日

開設者の氏名及び住所

(法人の場合は、名称、代表者の職・氏名及び主たる事務所の所在地)

四国厚生支局長 殿

印

(法人の場合は、法人印)