

保 険 医 療 機 関 (保 険 医)  
保 険 薬 局 (保 険 薬 剤 師) 届 出 事 項 変 更 (異 動) 届  
生 活 保 護 法 指 定 医 療 機 関

保険医療機関 又は 保険薬局の 名 称	変更前	(法人名)			変更 (異動) 年月日等					
		(機関名)								
	変更後	(フリガナ)						令和 年 月 日		
		(法人名)								
		(フリガナ)								
		(機関名)								
開 設 者 又は 代 表 者  ※法人の場合は 法人の名称、代 表者の役職及び 氏名	変更前	(法人名)			令和 年 月 日  <small>(注)「保険医又は保険薬剤師の登録 の記号及び番号」欄は、開設者又は 代表者が当該項目に該当する場合に 記載してください。</small>					
		(氏 名)								
	変更後	(フリガナ)								
		(法人名)								
		(フリガナ)								
		(氏 名)								
保険医又は保険薬剤師 の登録の記号及び番号		( ) 医 歯 薬 号								
管 理 者 又は 管理薬剤師	変更前	(氏 名)			令和 年 月 日					
		(フリガナ)								
	変更後	(氏 名)								
		保険医又は保険薬剤師 の登録の記号及び番号		( ) 医 歯 薬 号						
保 険 医 又は 保 険 薬 剤 師  *複数名の場合 は、別紙にご記 入ください。	勤務者 ・ 勤務形態 変更 <small>(いずれか を○で囲ん でください)</small>	氏 名	(フリガナ)		令和 年 月 日					
			登録の記号及び番号					( ) 医 歯 薬 号		
		勤務形態の別		常 勤 ・ 非 常 勤						
	勤務形態の変更 (該当す る項目に☑をしてください)		<input type="checkbox"/> 常勤から非常勤へ変更 <input type="checkbox"/> 非常勤から常勤へ変更		担 当 診 療 科 名					
	退職者	氏 名	(フリガナ)		令和 年 月 日					
			登録の記号及び番号					( ) 医 歯 薬 号		
その他の変更 <small>区画変更、診療科目、 主たる診療科、診療 時間 (開局時間)、病 床数 (減床)、法人所 在地 等</small>	変更前	(主たる診療科_____)			令和 年 月 日					
	変更後	(主たる診療科_____)								
生活保護法の 指定医療機関の 届出関係 (※)	生活保護法の指定 医療機関の変更の 届出を併せて行う	<input type="checkbox"/>	生活保護法第 49 条の 2 第 2 項第 2 号から第 9 号まで (指定欠格事由) に該当しない旨の誓約	<input type="checkbox"/>	国の開設した医 療機関	<input type="checkbox"/>				

(※) は、該当する場合、右隣の□にチェックを入れること。

上記のとおり、指定登録に 医療機関(薬局)コード  
 関する省令第 8 条により 医療機関(薬局)所在地  
 お届けします。 医療機関(薬局)名称  
 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)

令和 年 月 日 〒 \_\_\_\_\_

中国四国厚生局長 殿

電話 \_\_\_\_\_

## 勤務者・退職者届出事項変更（異動）届

医療機関（薬局） コード		医療機関（薬局）名称		
保険医 又は 保険薬剤師	勤務者 ・ 勤務形態変更  (いずれかを○で囲んでください)	氏名	(フリガナ)	令和 年 月 日
		登録の記号及び番号	( ) 医 歯 薬 号	
		勤務形態の別	常 勤 ・ 非 常 勤	
		勤務形態の変更 (該当する項目に☑をし てください)	<input type="checkbox"/> 常勤から非常勤へ変更 <input type="checkbox"/> 非常勤から常勤へ変更	担当診療科名
	退職者	氏名	(フリガナ)	令和 年 月 日
		登録の記号及び番号	( ) 医 歯 薬 号	
保険医 又は 保険薬剤師	勤務者 ・ 勤務形態変更  (いずれかを○で囲んでください)	氏名	(フリガナ)	令和 年 月 日
		登録の記号及び番号	( ) 医 歯 薬 号	
		勤務形態の別	常 勤 ・ 非 常 勤	
		勤務形態の変更 (該当する項目に☑をし てください)	<input type="checkbox"/> 常勤から非常勤へ変更 <input type="checkbox"/> 非常勤から常勤へ変更	担当診療科名
	退職者	氏名	(フリガナ)	令和 年 月 日
		登録の記号及び番号	( ) 医 歯 薬 号	
保険医 又は 保険薬剤師	勤務者 ・ 勤務形態変更  (いずれかを○で囲んでください)	氏名	(フリガナ)	令和 年 月 日
		登録の記号及び番号	( ) 医 歯 薬 号	
		勤務形態の別	常 勤 ・ 非 常 勤	
		勤務形態の変更 (該当する項目に☑をし てください)	<input type="checkbox"/> 常勤から非常勤へ変更 <input type="checkbox"/> 非常勤から常勤へ変更	担当診療科名
	退職者	氏名	(フリガナ)	令和 年 月 日
		登録の記号及び番号	( ) 医 歯 薬 号	
保険医 又は 保険薬剤師	勤務者 ・ 勤務形態変更  (いずれかを○で囲んでください)	氏名	(フリガナ)	令和 年 月 日
		登録の記号及び番号	( ) 医 歯 薬 号	
		勤務形態の別	常 勤 ・ 非 常 勤	
		勤務形態の変更 (該当する項目に☑をし てください)	<input type="checkbox"/> 常勤から非常勤へ変更 <input type="checkbox"/> 非常勤から常勤へ変更	担当診療科名
	退職者	氏名	(フリガナ)	令和 年 月 日
		登録の記号及び番号	( ) 医 歯 薬 号	