

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

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)			平成 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)		平成 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)		平成 年 月 日	
	変更後	(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		
保 険 医 又は 保 険 薬 剤 師	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)	平成 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)		平成 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_____)		平成 年 月 日	
	変更後	(主たる診療科_____)			

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 医療機関(薬局)コード  
医療機関(薬局)所在地  
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)  
〒 -

中国四国厚生局長 殿

印

電話 - -