

※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

② 医 療 法 第 30 条 の 11 の 規 定 に よ る 勸 告 有 ・ 無 勸 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

〒

令和 年 月 日

北海道厚生局長 殿

電 話 ( )

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 病院又は病床を有する診療所のみ記載すること。