管　理　者　変　更　届

送付先　〒060－0807
札幌市北区北7条西2丁目15－1
野村不動産札幌ビル2階
厚生労働省　北海道厚生局

保険医療機関又は保険薬局	名称					
	所在地					
	保険医療機関・薬局コード					
旧管理者	氏名	登録記号番号	北 医 歯 薬 第　　号		転出後の勤務先	
新管理者	氏名	登録記号番号	北 医 歯 薬 第　　号		転入前の勤務先	
診療担当科				異動年月日	平成　　年　　月　　日	

上記のとおり届出します。

平成　　年　　月　　日

北海道厚生局長　様

開設者の
住　所　〒
氏　名　　㊞
電話番号　　－　　－
（担当者名：　　）

（注）　異動の管理者が保険医又は保険薬剤師のときは、保険医・保険薬剤師異動届も提出してください。