

※番 号	
保険医療機関コード	

保 險 医 療 機 関 指 定 変 更 申 請 書

① 病 院 ・ 診 療 所	名 称			
	所 在 地			
② 医療法第30条の11の規定による勧告	有 ・ 無	勧 告 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))			
④ 変 更 年 月 日				

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

近畿厚生局長 殿

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)

〒

(連絡可能な電話番号TEL

・担当者氏名)