

医療機関(薬局)コード		〇〇〇〇〇〇〇	保険医療機関又は 保険薬局の名称		福岡厚生局病院		電話番号 ( 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 )		
① 保険医療機関 又は 保険薬局の	前	(フリガナ) キュウシュウコウセイイキョクビョウイン 九州厚生局病院			(変更年月日)				
	変更後	(フリガナ) フクオカコウセイイキョクビョウイン 福岡厚生局病院			令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日				
◆生活保護法の指定医療機関の変更の届出を併せて行う場合は、○で囲んでください。			◆変更後の保険医療機関等の名称を記入してください。			年 月 日			
② (法人の場合は法人名及び代表者職氏名)	変更後								
		保険医又は保険薬剤師の登録の記号及び番号	( ) 医・歯・薬号	医籍等登録番号	第	号			
③ 管理者 又は 管理薬剤師	変更前	(フリガナ)		(変更年月日)		令和 年 月 日			
	変更後	(フリガナ)							
		保険医又は保険薬剤師の登録の記号及び番号	( ) 医・歯・薬号	医籍等登録番号	第	号			
④ 保険医 又は 保険薬剤師  (※記入欄が足りない場合は、「届出事項変更(異動)届 附票」に記入すること)	勤務者	(フリガナ)		(変更年月日)		令和 年 月 日			
		保険医又は保険薬剤師の登録の記号及び番号	( ) 医・歯・薬号	医籍等登録番号	第	号			
			常勤・非常勤の別	常勤・非常勤	担当診療科				
	退職者	(フリガナ)		(変更年月日)		令和 年 月 日			
保険医又は保険薬剤師の登録の記号及び番号		( ) 医・歯・薬号	医籍等登録番号	第	号				
		常勤・非常勤の別	常勤・非常勤	担当診療科					
⑤ その他の変更 区画変更、診療科目、診療時間(開局時間)、病床数変更、法人の所在地変更等	変更前			(変更年月日)		令和 年 月 日			
	変更後								
⑥ 保険医療機関又は 保険薬局の廃止・休止・再開	区分	廃止・休止・再開		(廃止・休止・再開年月日)		令和 年 月 日			
	理由					(令和 年 月 日まで)			
⑦ 健康 第7 条の 当	◆生活保護法の指定医療機関の変更の届出を併せて行う場合は、当てはまるもの全てにチェックを入れてください。						年 月 日		
	処分権者等								
⑧ 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・廃止・休止・再開の届出を併せて行う	<input checked="" 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 checked="" 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。								

上記のとおり届け出ます。

開設者の住所及び氏名(法人の場合は、主たる事務所の住所及び代表者職氏名)

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

(住所) 〒 〇〇〇-〇〇〇〇

九州厚生局長 殿

福岡県〇〇市〇〇町〇〇〇〇

(氏名)

医療法人〇〇〇 理事長 九州 太郎

担当者氏名 ( 健康 良子 )

担当者連絡先 (TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)

電話番号

( 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 )

注 開設者が個人の場合には、  
個人名をお書きください。