

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		医療法人厚労会 九州厚生局病院 電話番号 ( 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 )		
変更前		(フリガナ)			(変更年月日)		
◆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。						令和 年 月 日	
② 開設者名 又は 代表者名  (法人の場合は法人名 及び代表者職氏名)	変更前	(フリガナ) イリョウホウジンコウロウカイ リジチョウ キュウシュウ タロウ	医療法人厚労会 理事長 九州 太郎		(変更年月日)		
	変更後	(フリガナ) イリョウホウジンコウロウカイ リジチョウ コウセイ ハナコ	医療法人厚労会 理事長 厚生 花子		令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
		保険医又は保険薬剤師 の登録の記号及び番号	( 福 ) 医・歯・薬 〇〇〇〇〇	医籍等登録番号	第 〇〇〇〇〇	号	
③ 管理者 又は 管理薬剤師	変更前	(フリガナ)			(変更年月日)		
	変更後	(フリガナ)			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	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)		
		保険医又は保険薬剤師 の登録の記号及び番号	( ) 医・歯・薬	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)		
		保険医又は保険薬剤師 の登録の記号及び番号	( ) 医・歯・薬	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)	
	変更後					令和 年 月 日	
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)	
	理由					令和 年 月 日 (令和 年 月 日まで)	
⑦ 健康 第 で 当	該当する法律						年 月 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、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
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。						◆変更後の開設者の氏名 を記入してください。

上記のとおり届け出ます。

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

九州厚生局長 殿

開設者の住所及び氏名(法人の場合は、主たる事

(住 所) 〒 〇〇〇-〇〇〇〇

福岡県〇〇市〇〇町〇〇〇〇

(氏 名)

医療法人厚労会 理事長 厚生 花子

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 )