

医療機関(薬局)コード		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)			(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 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) ケンコウ ハジメ <b>健康 一</b>			(変更年月日)	
	変更後	(フリガナ) ホケン ユキコ <b>保険 幸子</b>			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 ) 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	医籍等登録番号	第 〇 〇 〇 〇 〇 〇	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 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)	
		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)	
	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"/>

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、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の職氏名)

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) 医療法人厚労会 理事長 九州 太郎

担当者氏名 ( 健康 良子 ) 電話番号 ( 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 )  
担当者連絡先 (TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)