

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		九州厚生局病院 電話番号 (〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)		
① 保険医療機関 又は 保険薬局の名称	変更前	(フリガナ)				(変更年月日)		
	変更後	(フリガナ)				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	変更前	(フリガナ)				(変更年月日)		
	◆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 してください。				◆新しく勤務される方の氏名等 を記入してください。			
	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) ケンコウ ハジメ 健康 ー				(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				(福) (医) ・ 歯 ・ 薬 〇〇〇〇〇 号	医籍等登録番号	第 〇〇〇〇〇 号
		常勤・非常勤の別		(常勤) ・ 非常勤	担当診療科	外 科		
	退職者	(フリガナ) ホケン ユキコ 保険 幸子				(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				(福) (医) ・ 歯 ・ 薬 〇〇〇〇〇 号	医籍等登録番号	第 〇〇〇〇〇 号
		常勤・非常勤の別		(常勤) ・ 非常勤	担当診療科	整形外科		
⑤ 区画変更、 診療時間(間)、病床数 人の所在地変更 等	◆退職される方の氏名等 を記入してください。				(変更年月日)			
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 健康保険法第80条 第7号から第9号ま でのいずれかに該 当	該当する法律							
	内 容							
	該当する年月日		令和 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		☐	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		☐	国の開設した医療 機関	☐

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、主たる事務所の住所及び代表者の氏名)

(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。