

保 險 医 療 機 関
保 險 薬 局
生活保護法指定医療機関

届出事項変更（異動）届 < 記載例 >

| | | | | |
|---|----------------------------------|-------------------------------------|--|-----|
| 医療機関（薬局）コード | | ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ | | |
| 保険医療機関 又は 保険薬局の 名 称 | 変更前 | (法人名) 医療法人 ○○会 | | |
| | | (機関名) 東北厚生局病院 | | |
| | 変更後 | (フリガナ) イリョウホウジン カイ | | |
| | | (法人名) 医療法人 ○○会 | | |
| | | (フリガナ) コウセイロウドウクリニック | | |
| | | (機関名) 厚生労働クリニック | | |
| 変更（異動）年月日等 | | | 令和 ○年 ○月 ○日 | |
| 開設者名 又は 代表者名 (法人の場合は 法人名、代表者 の役職及び氏 名) | 変更前 | (法人名) | | |
| | | (氏 名) | | |
| | 変更後 | (フリガナ) | | |
| | | (法人名) | | |
| | | (フリガナ) | | |
| | | (氏 名) | | |
| | | 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 | | |
| (注)「保険医又は保険薬剤師の登録の記号及び番号」及び「医籍等登録番号」欄は、開設者又は代表者が、当該項目に該当する場合に記載してください。 | | | 令和 年 月 日 | |
| 管 理 者 又は 管理薬剤師 | 変更前 | (氏 名) | | |
| | | (フリガナ) | | |
| | 変更後 | (氏 名) | | |
| | | 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 |
| 保 険 医 又は 保険薬剤師 *複数名の場合 は、別紙にご記 入ください。 | 勤務者 ・ 勤務形 態変更 | (フリガナ) | | |
| | | (氏 名) | | |
| | | 登録の記号及び番号 | () 医・歯・薬 | |
| | | 医籍等登録番号 | 第 | 号 |
| | 勤 務 形 態 | 常勤 ・ 非常勤 | | |
| | 担 当 診 療 科 | | | |
| | 退職者 | (フリガナ) | | 退職日 |
| (氏 名) | | 令和 年 月 日 | | |
| その他の変更 区画変更・診療 科目（主たる診 療科を含む・診 療（開局）時 間・病床数（減 少の場合）・法人 所在地 等 | 変更前 | | | |
| | 変更後 | | | |
| 生活保護法に基づく 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します。

令和 ○年 ○月 ○日 医療機関（薬局）名称 医療法人○○会 厚生労働クリニック

開設者の氏名及び住所（法人の場合は、名称、代表者の役職、氏名及び主たる事務所の所在地）

東北厚生局長 殿

仙台市青葉区○○3-2-1

理事長 東北 花子

勤務者・退職者届出事項変更(異動)届

| 医療機関(薬局)コード | | 医療機関(薬局)名称 | | |
|--------------------|--------------------|--------------------|---|---|
| 保険医 又は 保険薬剤師 | 勤務者 ・ 勤務形態変更 | (フリガナ) | | 変更(異動)年月日等 |
| | | (氏名) | | 勤務日・勤務形態変更日 *いずれかに○を付けてください。 令和 年 月 日 |
| | | 登録の記号及び番号 | () 医・歯・薬 | |
| | | 医籍等登録番号 | 第 号 | |
| | | 勤務形態 | 常勤・非常勤 | |
| | 担当診療科 | | | |
| | 退職者 | (フリガナ) | | 退職日 令和 年 月 日 |
| | | (氏名) | | |
| | | 登録の記号及び番号 | () 医・歯・薬 | |
| | 保険医 又は 保険薬剤師 | 勤務者 ・ 勤務形態変更 | (フリガナ) | |
| (氏名) | | | 勤務日・勤務形態変更日 *いずれかに○を付けてください。 令和 年 月 日 | |
| 登録の記号及び番号 | | | | () 医・歯・薬 |
| 医籍等登録番号 | | | | 第 号 |
| 勤務形態 | | | | 常勤・非常勤 |
| 担当診療科 | | | | |
| 退職者 | | (フリガナ) | | 退職日 令和 年 月 日 |
| | | (氏名) | | |
| | | 登録の記号及び番号 | () 医・歯・薬 | |
| 保険医 又は 保険薬剤師 | | 勤務者 ・ 勤務形態変更 | (フリガナ) | |
| | (氏名) | | 勤務日・勤務形態変更日 *いずれかに○を付けてください。 令和 年 月 日 | |
| | 登録の記号及び番号 | | | () 医・歯・薬 |
| | 医籍等登録番号 | | | 第 号 |
| | 勤務形態 | | | 常勤・非常勤 |
| | 担当診療科 | | | |
| | 退職者 | (フリガナ) | | 退職日 令和 年 月 日 |
| | | (氏名) | | |
| | | 登録の記号及び番号 | () 医・歯・薬 | |
| | 保険医 又は 保険薬剤師 | 勤務者 ・ 勤務形態変更 | (フリガナ) | |
| (氏名) | | | 勤務日・勤務形態変更日 *いずれかに○を付けてください。 令和 年 月 日 | |
| 登録の記号及び番号 | | | | () 医・歯・薬 |
| 医籍等登録番号 | | | | 第 号 |
| 勤務形態 | | | | 常勤・非常勤 |
| 担当診療科 | | | | |
| 退職者 | | (フリガナ) | | 退職日 令和 年 月 日 |
| | | (氏名) | | |
| | | 登録の記号及び番号 | () 医・歯・薬 | |

| | |
|------|--------------------|
| 担当者名 | 東北 太朗 |
| TEL | (123) 456 - 7890 |