

(様式7)

病 院 管 理 者 変 更 届

令和 年 月 日

(宛先) 寝屋川市長

所 在 地 (〒 —)

法 人 名

代 表 者

電 話 ()

FAX ()

E-mail

〔 法人代表者は、職・氏名を記載のこと。
個人の場合は、開設者の住所、氏名を記載のこと。 〕

下記のとおり、管理者の住所及び氏名を変更しましたので、医療法施行令第4条の2第2項の規定により届出します。

保 健 所 受 付 印

(様式 7)

1	ふりがな				
	病 院 名				
2	開設の場所	郵便番号	〒 —		
		所 在 地			
		電 話	()		
		F A X	()		
		e - m a i l			
3	変更区分	☐ 管理者自身の変更 ☐ 管理者の住所 ☐ 管理者の氏名 ※該当する事項の□を☑にすること。			
4	変更理由 (具体的に)				
5	管理者	旧 管 理 者	住 所	電話 ()	
			氏 名		
		新 管 理 者	住 所	電話 ()	
			氏 名		
6	新管理者の従事状況	担当診療科名	診療日	診療時間	管理者就任年月日
					令和 年 月 日
7	診療を廃止した者 (旧管理者が診療を続けている場合には「無」に☑)	有・無	氏 名		診療廃止年月日
		☐ 有 ☐ 無			令和 年 月 日

注 1 法人が開設する病院における管理者の変更は本様式による変更届（その際、開設者が医療法人の場合、管理医師は理事に加えねばならない）

2 医業及び歯科医業を併せて行う病院においてはそれが主として医業を行うものであるときは医師に、主として歯科医業を行うものであるときは歯科医師に管理させること。

3 病院又は診療所の管理者となっている者は、新たに病院の管理者にはなれない。

4 他の病院又は診療所に勤務している者は、新たに病院の管理者にはなれない。

・添付書類

- 1 臨床研修修了登録証の写し（該当者のみ、保健所で原本照合済みのもの）
- 2 医師免許証もしくは歯科医師免許証の写し（保健所で原本照合済みのもの）
- 3 履歴書
 - (1) 現住所、氏名、生年月日、学歴及び職歴が記載されているもの
 - (2) 職歴については、就職、退職の旨及びその時期が明確に記載されていること

提出部数：1 部