

様式2-(1)

指定自立支援医療機関(精神通院医療)変更届出書
(病院又は診療所)

(名称 所在地 開設者 主として担当する医師) 該当項目に○を付けてください。

※変更に伴い医療機関コードが変更になる場合は廃止届と新規の指定申請をしてください。

保険医療機関	(フリガナ) 名 称			
		(医療機関コード)		
	所 在 地	〒 _____ (電話) - -		
開設者	住 所	〒 _____		
	氏名又は名称			
	生年月日	年 月 日	職 名	
標榜している診療科目※1				
主として担当する医師の経歴※2		(別紙)		
変更前の届出内容				
上記のとおり、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号)第64条の規定に基づき変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため届出を行います。				
年 月 日				
開設者				
住 所				
氏名又は名称				
〔法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名〕				
(あて先) 川 崎 市 長				

※1 標榜している診療科目が多数ある医療機関については、精神通院医療に主に関係する診療科目のみで差し支えありません。

※2 直近の指定の申請(変更届出含む)時点から変更が生じていない事項については、当該事項に係る添付書類を省略することができます。

(記入要領)

- 1 「保険医療機関」の名称は、正式名称を記載すること。
- 2 (別紙)経歴書の「任免事項」は、次の点に留意し、記載すること(主として担当する医師が複数ある場合には、そのうちいずれか1名について記載)。
 - (1)医師免許取得時期を明記し、医師免許証の写しを添付すること。
 - (2)病院、診療所等医師が勤務した施設については、関係した専門科目名まで必ず記載すること。(例えば、〇〇医科大学精神科教室又は〇〇病院精神科のように記載し、〇〇医科大学、〇〇病院のように省略しないこと。)
 - (3)勤務先における身分(例えば、医長、医員、講師、助手等)を明確に記載すること。
 - (4)非常勤職員については、申請時点における直近1か月又は1週間あたりの勤務日数、延時間数を明確に記載すること。
 - (5)2以上の施設に兼務する等の場合であっては、申請の対象となる施設における勤務条件又は利用状況等を具体的に記入すること。(例えば、〇〇医科大学精神科週4日(延〇時間勤務)等)

(別紙)

経 歴 書

ふりがな 氏 名		生年月日	
現住所			
年月日	任 免 事 項		