

(様式第7号)

母体保護法設備指定変更届

年 月 日

1. 医療施設名：

2. 所在地：〒

電話：

指定設備番号：06－　　－

3. 管理者氏名：

4. 申請者氏名：

印

生年月日：　　年　　月　　日　　年齢：満　　才

現住所：〒

電話：

5. 指定医師指定番号：06－　　－　　－

6. 所属医師会名：

医師会

(本会会員のみ記入)

7. 変更箇所：【変更日：　　年　　月　　日】

① 診療科目：産、婦、内、外、小、精、神、整、眼、耳、皮、麻、放、泌、
その他（　　）

② 病床数：(旧)　　室　　床　　(新)　　室　　床

③ 医療施設名：(旧)　　(新)　　

④ 医療施設の地番：(旧)　　(新)　　

⑤ 法人の代表者、法人医療施設における管理者：

(旧)　　(新)　　

⑥ 産婦人科施設：分娩室(有・無)、手術室(有・無)、回復室(有・無)

⑦ 産婦人科設備：

8. 変更した理由

必要事項を記入するか○で囲んで下さい。尚、②又は③を変更した場合には、医療施設の平面図を貼付してください。