

那覇市保健所長 宛

開設者 住 所

フリガナ

氏 名

印

電話番号

〔 法人にあっては、主たる事務所の所在地、
名称、代表者の氏名及び電話番号 〕

病院・診療所・助産所開設許可（届出）事項変更届

開設許可（届出）事項の一部を変更したので、医療法施行令第4条第1項及び第3項並びに第4条の2第2項、同法施行規則第1条の14第4項の規定により、次のとおり関係書類を添えて届け出ます。

1 病院、診療所又は助産所の名称	(フリガナ)		
2 開設場所	〒		
	TEL		FAX
3 変更事項	変更事項		
	<input type="checkbox"/> ①開設者の住所及び氏名		
	<input type="checkbox"/> ②施設名称		
	<input type="checkbox"/> ③診療科目		
	<input type="checkbox"/> ④開設者（医師、歯科医師又は助産師のとき）の従事状況		
	<input type="checkbox"/> ⑤病床数及び病床の種別ごとの病床並びに各病室の病床数（ただし、病床数の減少に限る）（別紙1のとおり）		
	<input type="checkbox"/> ⑥管理者の住所及び氏名（ <input type="checkbox"/> 別紙2-1 <input type="checkbox"/> 別紙2-2のとおり）		
	<input type="checkbox"/> ⑦【法人】定款・寄付行為又は条例		
	<input type="checkbox"/> ⑧【病院】汚水排出に関する届出事項		
	<input type="checkbox"/> ⑨【個人】従業員の定員		
	<input type="checkbox"/> ⑩【個人】敷地面積及び平面図（別紙3のとおり）		
	<input type="checkbox"/> ⑪【個人】建物の構造概要及び平面図（別紙3のとおり）		
	<input type="checkbox"/> ⑫【個人】歯科技工室（別紙3のとおり）		
	<input type="checkbox"/> ⑬【個人】診療に従事する医師若しくは歯科医師の氏名及び担当診療科名、又は業務に従事する助産師の氏名及び勤務日、勤務時間（別紙4-1のとおり）		
	<input type="checkbox"/> ⑭【個人】診療日又は診療時間（別紙4-2のとおり）		
	<input type="checkbox"/> ⑮【個人】薬剤師の氏名		
	<input type="checkbox"/> ⑯【助産所】嘱託医師の氏名及び住所並びに嘱託する医療機関（病院若しくは診療所）の名称及び住所		
	新		

	旧	
4 変更年月日	年 月 日	
5 変更理由		

(注意)

- 1 麻酔科を標榜する場合は、「麻酔科標榜許可証」の写し(窓口にて原本を提示し、職員の確認を要する。)を添付すること。
- 2 診療科名に係る変更を届け出る際、平成20年4月1日以降に広告することが認められなくなった診療科名を標榜している場合には、当該届出に合わせて、適切な診療科名に変更すること。

(添付書類)

- 1 変更の原因が医師、歯科医師、薬剤師又は助産師の採用であるときは、当該医師、歯科医師、薬剤師又は助産師の免許証の写し(窓口にて原本を提示し、職員の確認を要する。)及び履歴書
- 2 定款、寄附行為又は条例を変更した場合には、変更後の定款、寄附行為又は条例の写し(開設者において原本照合済みのもの)及び登記事項証明書

別紙 1 (病床数及び病床の種別ごとの病床並びに各病室の病床数)

病床数			一般病床		療養病床				
	変更前の許可病床数		床		床				
	変更後の許可病床数		床		床				
病室名	変更前		変更後						差引き 病床数
	病床数	床面積 (㎡)	病床数	床面積 (㎡)	内法床 面積 (㎡)	1床あたり の床面積 (㎡)	採光 面積 (㎡)	開放 面積 (㎡)	

(注意)

- 1 有床診療所における病床数及び病床の種別ごとの病床並びに各病室の病床の変更については本様式を添付

(添付書類)

- 1 新旧の建物平面図

別紙 2-1 (病院管理者)

病院の名称	(フリガナ)			
開設場所	〒			
	TEL		FAX	
変更区分	<input type="checkbox"/> 管理者自身の変更 <input type="checkbox"/> 管理者の住所 <input type="checkbox"/> 管理者の氏名 ※該当する事項の□を☑にすること			
変更理由 (具体的に)				
管理者	旧 管 理 者	住所	電話 ()	
		氏名		
	新 管 理 者	住所	電話 ()	
		氏名		
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
				年 月 日
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
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			年 月 日

(注意)

- 1 法人が開設する病院における管理者の変更については本様式を添付
- 2 開設者が医療法人の場合、管理医師は理事に加えなければならない。
- 3 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。
- 4 病院又は診療所の管理者になっている者は、新たに病院の管理者にはなれない。
- 5 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、窓口にて原本を提示し、職員の確認を要する。)
- 2 医師免許証若しくは歯科医師免許証の写し(窓口にて原本を提示し、職員の確認を要する。)
- 3 履歴書
 - (1) 本籍地、現住所、氏名、生年月日、学歴及び職歴が記載され、押印されているもの
 - (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。

別紙 2-2 (診療所管理者)

診療所の名称	(フリガナ)								
開設場所	〒								
	TEL						FAX		
旧管理者	住所	電話 ()							
	氏名								
新管理者	住所	電話 ()							
	氏名								
	担当診療科目							診療時間	
		月	火	水	木	金	土		日
就任年月日	年 月 日								
変更理由 (具体的に)									

(注意)

- 1 診療所における管理者の変更については本様式を添付
- 2 開設者が医療法人の場合、管理医師は理事に加えなければならない。

(添付書類)

- 1 新たに管理者となった医師の医師免許証の写し(窓口にて原本を提示し、職員の確認を要する。)
- 2 管理者の臨床研修修了登録証の写し(該当者のみ、窓口にて原本を提示し、職員の確認を要する。)又は臨床研修修了登録証の写し並びに再教育研修修了登録証の写し(該当者のみ、窓口にて原本を提示し、職員の確認を要する。)
- 3 新たに管理者となった医師の履歴書
 - (1)本籍地、現住所、氏名、生年月日、学歴及び職歴が記載され、押印されているもの
 - (2)職歴については、就職、退職の旨及びその時期が明確にきさいされていること
- 4 開設者が医療法人の場合、管理者が理事に就任したことがわかる書類

別紙 3

		新			旧			
敷地面積及び平面図		m ² (別紙平面図のとおり)			m ² (別紙平面図のとおり)			
建物の構造概要及び平面図	変更内容	<input type="checkbox"/> ①新・増築			<input type="checkbox"/> ②建物の除却			
		<input type="checkbox"/> ③各室の用途変更・改造			<input type="checkbox"/> ④構造設備の改造			
	①新・増築		新	旧	変更面積	構造種別		
		建築延面積	m ²	m ²	m ²			
		診療所面積	m ²	m ²	m ²			
		新・増築建物の構造概要						
		階別	記号	室名		床面積		
	②建物の除却		新	旧	変更面積	構造種別		
		建築延面積	m ²	m ²	m ²			
診療所面積		m ²	m ²	m ²				
③各室の用途変更・改造	階数	新			旧			
		記号	室名	床面積 (m ²)	記号	室名	床面積 (m ²)	
歯科技工室	構造設備概要	新			旧			
	構造種別	造			造			
	床面積	m ²			m ²			
	床張	張			張			
	技工台	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無		
	モデルトリマー	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無		
	レジン重合器	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無		
鑄造器	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無			
技工用エンジン	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無			

(注意)

- 1 診療所における構造概要及び平面図の変更については本様式を添付(添付書類)
- 1 敷地面積の変更については、新旧敷地平面図
- 2 建物の構造概要の変更については、新旧の建物配置図及び建物平面図
- 3 歯科技工室の変更については、新旧の建物平面図
- 4 病床数及び病床の種別ごとの病床数並びに各病室の病床の変更については、新旧の建物平面図

別紙4-1

現に診療に従事している者	従事医師名								
	診療科目	診療日							診療時間
		月	火	水	木	金	土	日	
	新								～
									～
									～
	旧								～
								～	
								～	
変更年月日	年 月 日								
変更理由									
新たに診療に従事した者	従事医師名①								
	従事年月日	年 月 日							
	診療科目	診療日							診療時間
		月	火	水	木	金	土	日	
								～	
								～	
								～	
	従事医師名②								
	従事年月日	年 月 日							
	診療科目	診療日							診療時間
		月	火	水	木	金	土	日	
							～		
							～		
							～		
変更年月日	年 月 日								
変更理由									
診療を廃止した者	従事医師名	診療廃止年月日			変更理由				
	①	年 月 日							
	②	年 月 日							
	③	年 月 日							
	④	年 月 日							
婚姻等により氏名変更した者	従事医師名	新							
		旧							
	変更年月日	年 月 日							
変更理由									

(添付書類)

- 1 新たに従事医師が勤務する場合は、その医師の医師免許証の写し（原本持参）及び履歴書
- 2 婚姻等により氏名を変更した場合は、その医師の医師免許証等の写し

別紙 4-2

外来診療日・ 診療時間	新	外来診療日							外来診療時間	休診日
		月	火	水	木	金	土	日		
									～	
									～	
	旧	外来診療日							外来診療時間	休診日
		月	火	水	木	金	土	日		
									～	
									～	
	変更年月日				年 月 日					
	変更理由									