

診療所管理者変更届出書

令和 年 月 日

大阪市保健所長 様

開設者住所.....

氏名.....

(法人の場合は主たる事務所の所在地、名称、代表者の職名・氏名)

下記のとおり診療所管理医師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。

1. 開設者の 住所・氏名	住 所	〒							
	氏 名	(フリガナ)							
	電 話	()							
2. 診療所の 名 称	(フリガナ)								
3. 開設の場所	開設場所	〒							
	電 話	()			F A X	()			
4. 旧管理者	住 所								
	氏 名								
	電 話	()							
5. 新管理者	住 所	〒							
	氏 名	(フリガナ)							
	電 話	()							
	担当診療科目		診 療 日					診療時間	
			月	火	水	木	金		土
									～
									～
									～

※裏面あり

保健福祉センター受付印	大阪市保健所受付印	施設番号

様 式 11

6. 就任年月日	令和 年 月 日
7. 変更理由	
8. 添付書類	
<p>(1) 管理者の医師又は歯科医師の免許証の写し及び臨床研修修了（及び再教育研修修了）登録証の写し（原本照合必要）並びに履歴書</p> <p>(2) 勤務先管理者（院長）の同意書（新たな診療所管理者が他の病院等に勤務している場合。診療所2か所管理許可、診療所管理者設置許可にかかるものは同意書不要）</p> <p>(注) 臨床研修等修了登録証について</p> <p>(1) 平成 16 年 4 月 1 日以後に医師免許を受けて、診療に従事しようとする医師については、2 年以上の臨床研修を受けることが義務付けられましたので、臨床研修を修了した者については、臨床研修修了登録証の写しを添付してください。</p> <p>(2) 平成 18 年 4 月 1 日以後に歯科医師免許を受けて、診療に従事しようとする歯科医師については、1 年以上の臨床研修を受けることが義務付けられましたので、臨床研修を修了した者については、臨床研修修了登録証の写しを添付してください。</p>	