

(様式7)

## 病院管理者変更届

令和 年 月 日

大阪市保健所長様

開設者住所 (〒 )

氏名 (法人名)

電話 ( )

FAX ( )

e-mail

〔法人の場合は、主たる事務所の所在地  
その名称及び代表者の職、氏名〕

下記のとおり、管理者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。

保健福祉センター受付印	大阪市保健所受付印

提出部数：2部

1 病院名	(フリガナ)							
2 開設の場所	(〒 )							
	電話		F A X					
3 旧管理者	(フリガナ)							
	氏名							
	住所 (〒 )							
4 新管理者 (免許証の写し及び履 歴書添付)	電話 ( )							
	(フリガナ)							
	氏名							
	住所 (〒 )							
	電話 ( )							
	担当診療科目	診 療 日						診療時間
	月	火	水	木	金	土	日	～
								～
								～
5 就任年月日	令和 年 月 日							
6 変更理由								

- 注1 新管理者の免許証の写しは原本照合済であること。
- 2 履歴書の最終履歴に、管理者就任について明記されていること。  
また、別の医療機関の管理者であった場合は、その退職の旨が記載されていること。
- 3 開設者が医療法人の場合、新管理者が当該医療法人の理事に就任していることを、略歴書に明記すること。