

(様 式 1 1)

母体保護法設備指定変更届

西暦 年 月 日

東京都医師会長 殿

地区医師会 : _____

所属医療施設 : _____

指定設備番号 : 113 - - _____

指定医師氏名 : _____ 印

		変更前	変更後
1	医療施設名		
2	所在地	〒 TEL - -	〒 TEL - -
3	管理者氏名		
4	診療科目	産・婦・内・外・小・精・神 整・眼・耳・皮・麻・放・泌 その他〔 〕	産・婦・内・外・小・精・神 整・眼・耳・皮・麻・放・泌 その他〔 〕
5	病床数	室 床 当直室 有・無	室 床 当直室 有・無
6	産婦人科施設	(分娩室、手術室、回復室に関する変更内容)	
7	産婦人科設備	(分娩台、蘇生器具、転送電話等設備に関する変更内容)	
8	その他の変更		
9	変更した理由		
10	変更年月日	西暦 年 月 日	

注1 必要事項を記入または○で囲んでください。

注2 上記5、6の変更の場合は、施術場所の平面図を添付してください。

注3 上記1、2の変更の場合は、指定証を添付してください。