

(様 式 1 1 号)

母体保護法設備指定変更届

西曆 年 月 日

東京都医師会長 殿

以下の母体保護法指定医師が属する施設設備に変更が生じたため、別紙のとおり届け出ます。

地 区 医 師 会	
医 療 施 設 名	
指 定 設 備 番 号	1 1 3 -
指 定 医 師 名	1 印
	2 印
	3 印
	4 印
	5 印
	6 印
	7 印
	8 印
	9 印
	10 印

※必ず別紙に設備指定の変更内容を記載してください。

※所属している全指定医の記名捺印をお願いします。

※指定医師名記載欄が不足した場合には、複数枚使用してください。

(別紙)

		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	床 当直室	床 当直室
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。