

(様式7)

母体保護法設備指定変更届

令和 年 月 日

1. 医療施設名：

2. 所在地：〒

電話：

指定設備番号： 1 4 4 - -

3. 管理者氏名：

4. 申請者氏名：

印

生年月日：

年 月 日

年齢：満 才

現住所：〒

電話：

5. 指定医師指定番号：0 - - -

6. 所属医師会名：

7. 変更箇所：

① 診療科目：産、婦、内、外、小、精、神、整、眼、耳、皮、麻、放、泌、
その他（ ）

② 病床数： 室 床

③ 産婦人科施設：分娩室（有・無）、手術室（有・無）、回復室（有・無）

④ 産婦人科設備：

（①から④までを変更した場合、詳しく記載して下さい。）

8. 変更した理由

必要事項を記入するか○で囲んで下さい。尚、②又は③を変更した場合には、医療施設の平面図を貼付してください。