様式第9号の2(その1)(第10条関係)

指定自立支援医療機関(精神通院医療)変更届出書

(病院または診療所)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保険医療機関 | 名称 | 　 |
| 所在地 | 　 |
| 開設者 | 住所 | 　 |
| 氏名または名称 | 　 |
| 生年月日 | 　 | 職名 | 　 |
| 標ぼうしている診療科目 | 　 |
| 主として担当する医師の氏名および経歴 | (付表1―1) |
| 役員の氏名、生年月日および住所 | (付表1―2) |
| 　指定自立支援医療機関(精神通院医療)について変更があったので、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第64条の規定により上記のとおり届け出ます。　　　　年　　月　　日申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地　　　　　　　　　　　　　　　名称　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　福井県知事　　様 |

備考

　1　直近の指定の申請(変更届出を含む。)時点から変更が生じていない事項については、当該事項に係る添付書類を省略することができます。

　2　「保健医療機関」の名称は、正式名称を記入してください。

　3　「標ぼうしている診療科目」欄には、標ぼうしている診療科目が多数ある医療機関については、精神通院医療に主に関係する診療科目を記入してください。

(付表1―1)

経歴書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | 　 | 生年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 氏名 | 　 |
| 現住所 | 　 |
| 年月日 | 任免事項 |
| 　 | 　 |

備考　「任免事項」欄を記入するに当たっては、次の点に留意してください(主として担当する医師が複数ある場合には、そのうちいずれか1名について記入してください。)。

　(1)　医師免許取得時期を明記し、医師免許証の写しを添付してください。

　(2)　病院、診療所等医師が勤務した施設については、関係した専門科目名まで必ず記入してください(例えば、○○医科大学精神科教室または○○病院精神科のように記入し、○○医科大学、○○病院のように省略しないでください。)。

　(3)　勤務先における身分(例えば、医長、医員、講師、助手等)を明確に記入してください。

　(4)　非常勤職員については、申請時点における直近1月または1週間当たりの勤務日数、延長時間数を明確に記入してください。

　(5)　2以上の施設に兼務する等の場合にあっては、申請の対象となる施設における勤務条件または利用状況等を具体的に記入してください(例えば、○○医科大学精神科週4日(延○時間勤務)等)。(付表1―2)

役員の氏名、生年月日および住所

申請者(法人)名(　　　　　　　　　　　　)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (ふりがな) | 生年月日 | 住所 |
| 氏名 | 役職 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 |