

## 第4号様式一（1）

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）変更届出書  
（病院又は診療所用）

|   |                               |   |                 |     |
|---|-------------------------------|---|-----------------|-----|
| 保険医療機関  | 名 称                           | 〇〇病院<br>保険医療機関コード（〇〇〇〇〇〇〇）                            |                 |     |
|   | 所 在 地                         | 〒〇〇〇-〇〇〇〇<br>藤沢市〇〇町〇-〇 藤沢市〇〇町△-△<br>Tel. 〇〇〇〇（〇〇）〇〇〇〇 |                 |     |
| 開設者（*）  | 住 所                           | 〒〇〇〇-〇〇〇〇<br>横浜市中区日本大通〇                               |                 |     |
|   | 氏名（個人開設の場合）又は法人名と代表者（法人開設の場合） | 医療法人〇〇会<br>理事長 〇〇-〇〇-〇〇 □□ □□                         |                 |     |
|   | 生年月日<br>（個人開設の場合）             |   | 職名（個人開設の場合）     |     |
| 標 榜 し て い る 診 療 科 目   |                               | 腎臓内科  |                 |     |
| 主として担当する医師又は歯科医師の経歴   | （第1号様式一（1）の別紙1）               | 自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要                              | （第1号様式一（1）の別紙2） |     |
| 自立支援医療を行うための入院設備の定員   |                               | 変更があれば当該書類を添付すること（次ページ参照）。                            |                 | 〇〇人 |
| <p>上記のとおり、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（平成17年法律第123号）第64条の規定に基づき変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため届出を行います。</p> <p>〇年 〇月 〇日</p> <p>提出日を記載すること。</p> <p>開設者（下記下線部に（*）と同じ住所等を記載）</p> <p>住 所 横浜市中区日本大通〇</p> <p>氏名又は 医療法人〇〇会<br/>法人名と代表者 理事長 □□ □□</p> <p>開設者（*）と同じ内容とすること。</p> <p>神奈川県知事 殿</p> |                               |   |                 |     |

変更部分ができるよう下線（二重線）を引くこと。

変更があれば当該書類を添付すること（次ページ参照）。

※1 直近の指定の申請（変更申請及び変更届出含む）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る。

※2 変更部分について、下線（二重線）を引くこと。

## 【変更申請に必要な添付書類】

- 「主たる医師(歯科医師)」変更の場合：第1号様式－(1)の別紙1・3・(※4～13)、  
医師免許証の写し(A4)※医療の種類による
- 「所在地」の変更の場合：第1号様式－(1)の別紙2

(第1号様式－(1)の別紙1)

## 経 歴 書

|  |  |             |  |      |        |
|--|--|-------------|--|------|--------|
| 学 位  | 修士(医学)   | ふりがな<br>氏 名 | かながわ しろう<br>神奈川 四郎                                       | 生年月日 | 〇年〇月〇日 |
| 現 住 所  | 〒〇〇〇〇―〇〇〇〇<br>横浜市中区日本大通〇   |             |  |      |        |
| 関係学会<br>加入状況                                     | 〇〇透析学会、〇〇腎臓学会  |             |  |      |        |
| 年 月 日  | 任 免 事 項  |             | 師事した指導者の氏名、学位論文名又は学会<br>に提出した論文名                         |      |        |
| 〇年〇月<br>〇年〇月<br><br>〇年〇月<br>〇年〇月<br>〇年〇月<br>〇年〇月 | 〇〇大学医学部医学科卒業<br>医師免許所得<br>医籍登録第〇〇〇〇〇号<br>〇〇大学付属病院 研修医<br>〇〇病院 腎臓内科 医員<br>〇〇大学大学院 ■■科<br>医療法人〇〇会 〇〇病院<br>腎臓内科 医長(常勤)<br>(現在に至る) |             | 指導教授<br>〇〇大学 医学部■■科 教授〇〇 〇〇<br>学位論文名<br>「〇〇〇〇について(〇〇学会)」 |      |        |

任免事項に「別紙のとおり」と記載し、要件を満たす任意の経歴書添付による提出も可能とします。

※常勤であること、医療の種類の専門科目における研究、診療従事年数が5年以上あることが要件となっていますので、それらがわかるように記載してください。

(第1号様式－(1)の別紙2)

## 自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要

|                |                                       |                |     |     |
|----------------|---------------------------------------|----------------|-----|-----|
|                | 品 目                                   | 数 量            | 品 目 | 数 量 |
| 設 備<br>(主要なもの) | 透析装置<br>透析室<br>透析用ベッド                 | 〇台<br>〇室<br>〇床 |     |     |
| 体 制            | 医師〇名、看護師〇名(常勤)、管理栄養士1名(常勤)、相談員〇名、事務〇名 |                |     |     |

指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)審査基準を参照し、自立支援医療を行うにあたって、特に必要とされる体制及び設備を記載してください。  
(例) 腎臓に関する医療の特に必要とされる体制及び設備  
血液浄化療法に関する機器及びスペース ⇒透析用監視装置、透析室等