様式第30号の16

連携型特定地域医療提供機関（連携Ｂ水準）の指定に係る業務の変更承認申請書

年　　月　　日

　宮城県知事　　　　　　　　　　殿

開設者の住所

開設者の氏名

|  |  |
| --- | --- |
|  | (法人にあっては、名称、主たる  事務所の所在地及び代表者の氏名) |

電話　　　　　(　　　)

年　月　日付け第　号にて連携型特定地域医療提供機関として受けた指定に係る業務について、次のとおり変更することとしたので、医療法（昭和23年法律第205号）第118条第2項の規定により準用する同法第116条第1項の規定により、変更を承認されるよう申請します。

1　開設者の住所及び氏名

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | 〒 |
| 氏名 |  |

（注）　開設者が法人である場合は、「住所」欄には法人の主たる事務所の所在地を、「氏名」欄には法人の名称を記入すること。

2　指定を受けた医療機関

|  |  |
| --- | --- |
| 管理者の氏名 |  |
| 名称 |  |
| 所在の場所 |  |

3　変更しようとする事項等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更しようとする事項 | 変更後の事項 | 変更しようとする理由 |
|  |  |  |

添付資料

1　医師労働時間短縮計画（変更の案）

2 医療法第118条第1項の指定に係る派遣の実施に関する書類

3 医療法第118条第2項により準用する同法第113条第3項第2号の要件を満たすことを証する書類

4 医療法第118条第2項により準用する同法第113条第3項第3号の要件を満たすことを誓約する書類

5 医療法第132条の規定により通知された同法第131条第1項第1号の評価の結果を示す書類