

医療機関（薬局）コード		0123456						登録省令第8条関係		
保険医療機関 又は 保険薬局の 名称	変更前	(フリガナ)						変更（異動）年月日等		
	変更後	(フリガナ)						令和 年 月 日		
開設者名 又は 代表者名 (法人の場合は 法人名、代表者の 職氏名)	変更前	(法人名)						令和 年 月 日 (注)「保険医又は保険薬剤師の登録の記号及び番号」及び「医籍等登録番号」欄は、開設者又は代表者が、当該項目に該当する場合に記載してください。		
		(氏 名)								
	変更後	(フリガナ)								
		(法人名)								
		(フリガナ)								
		(氏 名)								
		保険医又は保険薬剤師の登録の記号及び番号		() 医・歯・薬						
医籍等登録番号		第 号								
管 理 者 又は 管理薬剤師	変更前	(氏 名)						令和 年 月 日		
	変更後	(フリガナ)								
		(氏 名)								
		保険医又は保険薬剤師の登録の記号及び番号		() 医・歯・薬						
医籍等登録番号		第 号								
保 険 医 又は 保険薬剤師 *複数名の場合は、別紙にご記入ください。	勤務者・ 勤務形態変更	(フリガナ)						(勤務日・勤務形態変更日) *いずれかに○を付けてください。 令和 年 月 日 (*登録票の写しを添付)		
		(氏 名)								
		登録の記号及び番号		() 医・歯・薬						
		医籍等登録番号		第 号						
		勤 務 形 態		常勤 ・ 非常勤						
	退職者	(フリガナ)						(退職日・異動日) *いずれかに○を付けてください。 令和 年 月 日		
		(氏 名)								
登録の記号及び番号		() 医・歯・薬								
その他の変更 区画変更・診療 科目・診療(開局) 時間・病床数(減少の場合)・法人 所在地 等	変更前	歯科 小児歯科 矯正歯科 歯科口腔外科						令和 6 年 9 月 20 日		
	変更後	歯科 小児歯科 歯科口腔外科								
生活保護法の 指定医療機関の 届出関係 (※)	生活保護法の指定 医療機関の変更の 届出を併せて行う	<input type="checkbox"/>	生活保護法第 49 条の 2 第 2 項第 2 号から第 9 号まで(指定欠格事 由)に該当しない旨の誓約				<input type="checkbox"/>	国の開設した医療 機関	<input type="checkbox"/>	
(※) は、該当する場合、右隣の□にチェックを入れること。										

令和 6 年 9 月 20 日 医療機関（薬局）名称
〇〇歯科クリニック

開設者の氏名及び住所（法人の場合は、名称、代表者の職氏名及び主たる事務所の所在地）
関東信越厚生局長 殿 新潟市中央区堀之内東1-2-3
国保 太郎