

母体保護法設備指定変更届

記入日(西暦) 年 月 日

広島県医師会長 殿

◆1~8の項目については
変更箇所のみご記入ください。
◆10~12は必ず記入してください。

医療機関名 _____

(医籍番号)

申請者氏名 _____ (印)

※署名または記名押印

1. 医療機関コード : _____

2. 医療施設名 : _____
(指定設備番号) : 034 - - 号

〒

3. 所在地 : _____ 電話 : _____

4. 管理者氏名 : _____ 医籍 : _____

5. 病床数 : _____ 床

6. 産婦人科施設 : 手術室 (有・無) 観察ベッド (有・無)

7. 産婦人科設備 : 手術台 (有・無) 麻酔器 (有・無)
蘇生器具 (有・無) 呼吸心拍監視装置 (有・無)
携帯電話等 (有・無)

8. その他変更点 : _____

9. 変更日(西暦) : (必須) _____

10. 変更理由 : (必須) _____

担当医師名
11. /email : (必須) _____

【添付書類】 5、6、7を変更する場合は医療施設の平面図を貼付して下さい。