（様式　11）

母体保護法設備指定変更届

該当事項に〇を付けて下さい。

変　更　事　項	施設名称・施設住所表示・施設移転・病床数 病院⇔診療所・施設内の設備・個人⇔法人

1.	医療施設名	
2.	所　在　地	〒 TEL（　　）　　－
3.	診　療　科　目	①産科、婦人科、産婦人科、内科、外科、小児科、 精神科、神経科、整形外科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科、 麻酔科、放射線科、泌尿器科、その他（　　）
		②産婦人科の病床数：　　室　　床
4.	産婦人科施設	分娩室（ 有 ・ 無 ）　・　手術室（ 有 ・ 無 ）
5.	産婦人科設備	分娩台としての機能を持った手術台（ 有 ・ 無 ） 麻酔器又は蘇生器具（ 有 ・ 無 ） 呼吸心拍監視装置又はパルスオキシメーター（ 有 ・ 無 ） 24 時間対応の転送電話又は携帯電話（ 有 ・ 無 ）
6.	変　更　理　由	

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

医療施設住所：〒

医療施設名：

開設者氏名：　　印

設備指定番号：００９－　　－

栃木県医師会長　　様

「1.」～「5.」について、変更事項にのみ必要事項を記入するか〇で囲んで下さい。

（添付書類）

「1.」に変更がある場合は「指定証」を添付。（指定証を紛失の場合は、紛失届も添付）

「3.-②」または「4.」を変更した場合は、「産婦人科設備に関わる医療施設の平面図」を添付（増改築等大きな変更があった場合）。審査手数料