

様式 2

指定自立支援医療機関（精神通院医療）変更届（主として担当する医師）

年 月 日

香川県知事 殿

開設者 住所
（法人にあつては主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の職氏名） 氏名

下記の指定自立支援医療機関（精神通院医療）について、主として担当する医師を変更しましたので、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第 64 条の規定により届け出ます。

1 指定自立支援医療機関	名 称		
	所 在 地	〒	電話番号 メールアドレス
	医療機関コード		
2 開設者 <small>※開設者が法人の場合は、主たる事務所の所在地、法人名称並びに代表者の職名及び氏名、代表者の生年月日を記載すること。</small>	住 所	〒	電話番号 メールアドレス
	氏 名		
	生 年 月 日		
3 指 定（更 新）年 月 日	年 月 日（指定・更新）		
4 主 担 当 す る 医 師	変 更 前	氏 名	
	変 更 後	ふ り が な 氏 名	
		生年月日、住所及び経歴	(別 紙 1)
5 変 更 年 月 日	年 月 日		

この届についての問い合わせ先
 担当者名
 電話番号

(別紙1)

経 歴 書

【主として担当する医師】

ふりがな 氏名	生年月日	年 月 日
現住所		
最終学歴	(年 月卒業)	
医師免許	年 月 日 医籍登録第	号
年 月 日	主たる職歴	

- 注) 1 「主たる職歴」については、精神医療に従事したことが明確にわかるように記載すること。そのため病院、診療所等医師が勤務した施設については、関係した専門科目名まで必ず記載すること。
(例えば、〇〇医科大学精神科教室又は〇〇病院精神科のように記載し、〇〇医科大学、〇〇病院のように省略しないこと。)
- 2 勤務先における身分(例えば医長、医員、講師、助手等)を明確に記載すること。
- 3 非常勤職員については、申請時点における直近1か月又は1週間あたりの勤務日数、延時間数を明確に記載すること。
- 4 2以上の施設に兼務する等の場合であっては、申請の対象となる施設における勤務条件又は利用状況等を具体的に記入すること。(例えば、〇〇医科大学精神科週4日(延〇時間勤務)等)
- 5 医師免許証の写しを添付すること(A4サイズに縮小のこと)。