救急業務協力体制等変更届

年　　月　　日

大阪府知事　様

|  |  |
| --- | --- |
| 開設者住所 |  |
| 開設者氏名 |  |

この度、当院の救急業務の協力申出内容について、下記のとおり変更したいので届け出ます。

なお、今回の変更後も、大阪府救急告示医療機関の認定基準に定める施設・構造・設備・人員等の救急医療体制は確保するため、引き続き救急病院等として救急業務を継続します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 変更内容 | | 変更前 | 変更後 |
| 医療機関名 | |  |  |
| 開設者 | |  |  |
| 管理者 | |  |  |
| 所在地 | |  |  |
| 救急協力  診療科目  輪番日等 | 固定通年制 |  |  |
| 非通年制 |  |  |
| 受入実績  ※記載不要 | 評価基準Ⅰ：　　　年　　月　～　　　年　　月　…　　　件  評価基準Ⅱ：　　　年　　月　～　　　年　　月　…　　　件 | |
| 救急医療担当常勤医師  （追加・変更は略歴書を添付） | |  |  |
| 近畿厚生局医療機関コード | |  |  |
| その他  （電話番号・病床数等） | |  |  |
| 変更の理由 | |  | |
| 変更年月日 | |  | |

※変更箇所のみ記載してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ＜担当者＞ | 医療機関名（略称） |  |
|  | 住所（通知送付先） | 〒 |
|  |  |  |
|  | 所属・役職等・氏名 |  |
|  | TEL |  |