救急患者搬入経路等変更届

年　　月　　日

大阪府知事　様

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

この度、当院の救急患者の搬入経路等が、別紙のとおり変更するため届け出ます。

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

|  |  |
| --- | --- |
| 変更の理由 |  |
| 変更年月日 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ＜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 |  |