変　　更　　届

令和　　年　　月　　日

一般社団法人　神奈川県精神科病院協会

会　長　　竹　内　知　夫　　様

所在地

病院名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　印

下記の通り届出事項に変更が生じたのでお届けします。

記

１．変更を生じた事項（該当事項に○印、複数可）

イ　会員　　ロ　開設者　　ハ　院長　　ニ　事務長　　ホ　その他

（※　ホ　その他の事例　病院名称、所在地、法人化等）

２．変更内容 （氏名）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更事項 | 変更前 | 変更後 |
|  |  |  |
|  |  |  |

３．変更年月日

令和　　年　　月　　日

４．添付書類

変更事項　イ、ロ、ハ、ニの場合は、変更後の履歴書を添付してください。

（精神科病床の改造・改築による病床の増減については「精神科病床の改造・改築の実施状況報告」を提出してください。本届出は不要です。）

**精神科病床の改造・改築の実施状況報告**

精神科病床の改造・改築について次のとおり報告します。

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| １．病院名 |  |
| ２．精神科病床数 | 改造・改築前　　　　　床 | 改造・改築後　　　　床 |
| ３．改造 | 増減した病床数（減少は△表示）　　　　　　　　床 |
| ４．改築 | 増減した病床数（減少は△表示）　　　　　　　　床 |
| ５．増・減床となった期日 | 令和　　年　　月　　日 |
| ６．病床種別ごとの増減（減は△） | ①精神一般　　　　　　　　　　　　　床②精神科救急　　　　　　　　　　　　床③精神科急性期治療　　　　　　　　　床④精神科救急・合併症　　　　　　　　床⑤精神療養　　　　　　　　　　　　　床⑥認知症　　　　　　　　　　　　　　床⑦その他　　　　　　　　　　　　　　床 |

添付書類

※　建物の構造と面積がわかる図面を添付してください。