

# 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 山 口 哲 顕 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。



年	月	免 許 ・ 資 格

年	月	賞 罰