様式２　（医療機関が担う役割等を変更する場合）

医療機関が担う役割等の変更に関する報告書

令和　　　　年　　　月　　　日

福岡県保健医療介護部医療指導課長　殿

報告者

　次のとおり、病院・診療所の開設者の変更、医療機関の統廃合、診療体制の変更等を行う予定ですので、その情報を構想区域地域医療構想調整会議へ事前に提供します。

１　開設者・施設情報　（所要事項を御記入ください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 開　設　者 | 施　設 |
| 氏名又は名称 |  |  |
| 郵便番号 |  |  |
| 住所 |  |  |
| 電話番号 |  |  |
| FAX番号 |  |  |
| 担当者(所属・氏名) |  |  |

２　変更内容

（１）開設者の変更

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更の概要 |  | 変更予定日 |
| 令和　　年　　月　　日 |
| 変　更　前 |  | |
| 変　更　後 |  | |

注）上記の変更等に伴い病床の機能等が変更となる場合は、「病床機能等の変更に関す

る報告書」も合わせて提出して下さい（以下同じ）。

（２）医療機関の統廃合等（医療機関間の病床の移動を含む）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更の概要 |  | 変更予定日 |
| 令和　　年　　月　　日 |
| 変　更　前 |  | |
| 変　更　後 |  | |

（３）その他診療体制の変更、特定の診療科の休止・廃止等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更の概要 |  | 変更予定日 |
| 令和　　年　　月　　日 |
| 変　更　前 |  | |
| 変　更　後 |  | |

注）　上記の変更等に伴い病床の機能等も変更となる場合は、「病床機能等の変更に関する報告書」も合わせて提出して下さい。

（４）変更概要の別紙の有無

　　　変更の概要に関して、別紙がある場合には「有」に、別紙がない場合には「無」に○をしてください。

　　　　なお、無床診療所から有床診療所への転換（同一法人内及び同一の二次医療圏内に限る。）を行う場合

は、別紙の病床変更等事前計画書を提出してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 別紙の有無 | 有　・　無 |

【提出先】　電子メールで提出願います。

　　　福岡県保健医療介護部医療指導課　医療計画係　宛て

　　　　　　　E-Mail：iryoshido@pref.fukuoka.lg.jp

【以下は記入不要です。】

|  |  |
| --- | --- |
| 審査・協議結果等 | |
| ①　議長の審査結果 | 会議招請必要　　・　　会議招請不要 |
| ②　調整会議の協議結果 |  |