

区分	申請事例	申請書提出期限
設備変更	・開設者、管理医師、病床数の変更等 ・医療法上、廃止・開設の手続きをしない移転、改築	変更前後 一ヶ月以内

【ご提出いただく書類（設備変更）】

- ① 母体保護法設備指定申請書（様式 6）※1 ※2
- ② 母体保護法設備指定変更届
- ③ 変更後の平面図 ※3
- ④ 連携施設証明書 ※4
- ⑤ 指定証 ※5

- ※1 医師会へ入会されている方は、郡市区等医師会印が必要です。所属の郡市区等医師会へご提出をお願いします（医師会へ入会されていない方は、本会へ直接ご提出ください）。
- ※2 無床診療所が開設する場合は、構造設備使用許可番号がありませんので、該当箇所は空欄でご提出ください。また、原則として医師が診療所を開設する場合は、開設許可番号がありませんので、同欄も空欄で結構です。
- ※3 病院の場合は産婦人科関連施設のみで結構です。平面図に変更がない場合は提出の必要はありません。
- ※4 無床診療所を指定施設として申請される方は、連携施設より④の発行を受け、原本を提出してください。有床の場合は必要ありません。指定医師が複数名従事している場合は、母体保護法指定医師氏名欄に、指定医師すべての氏名を記載してください。法人化の場合は、提出の必要はありません。
- ※5 指定証に記載ある項目（氏名、医療機関名、所在地等）以外の変更申請の場合は、指定証の提出の必要はありません。

◆複数の指定医師が従事している場合

申請は代表の指定医師が行い、他の指定医師は⑤をご提出ください。

大阪府医師会 母体保護法係  
〒543-8935 大阪市天王寺区上本町 2-1-22  
TEL : 06-6763-7021 FAX : 06-6764-0267

(様式6)

母体保護法設備指定申請書

大阪府医師会長 殿

所属地区医師会名：

申請者氏名： ㊟

大阪府医師会母体保護法指定医師の指定基準第7項により次の通り申請いたします。

申請種別	1. 新規指定申請 2. 勤務先変更 3. <u>組織変更等</u> ※ (名称・設備変更、法人開設等) ※設備指定変更届を添付してください。	令和 年 月 日付
医療施設名称	ふりがな	
施設所在地	〒 電話： FAX：	
開設者	(法人の場合は①法人名及び②その代表者を記載)	
医療法上の管理医師名		
申請者の所属診療科		
標榜科目	産、婦、産婦、内、小、外、脳外、精、麻、放、泌 その他 ( )	
病床数	1. 無床 2. 有床 (総病床数 床) (産婦人科病床数 床)	
産婦人科施設	分娩室 (有・無)、 手術室 (有・無)、 回復室 (有・無)	
産婦人科設備・体制	①手術台ないしは手術に対応しうる内診台 (有・無) ②麻酔器 (有・無) ③蘇生器具 (有・無) ④呼吸心拍監視装置 (有・無) ⑤常時回復室を観察しうる体制 (有・無) ⑥転送電話、携帯電話等で24時間患者からの連絡に対応しうる体制 (有・無)	
連携施設	名称： 所在地：	
開設許可年月日等	年 月 日 第 号	
構造設備使用許可年月日等	年 月 日 第 号	
産婦人科常勤従事者	医師 名、 看護師 名、 助産師 名 准看護師 名、 看護補助者 名	
産婦人科非常勤従事者	医師 名、 看護師 名、 助産師 名 准看護師 名、 看護補助者 名	

(注) 必要事項を記入もしくは○を付してください。医療施設の平面図を添付してください。平面図に変更がない場合は不要です。

令和 年 月 日

医療法上の管理医師確認欄 ㊟

( 令和 年 月 日 )  
医師会経由 ㊟

# 母体保護法設備指定変更届

母体保護法設備指定申請書（様式6）と併せてご提出ください。

大阪府医師会長 殿

所属地区医師会名： \_\_\_\_\_

申請者氏名： \_\_\_\_\_ (印)

大阪府医師会母体保護法指定医師の指定基準第7項により指定された設備に次の通り変更があったので、同細則第3項4号により届け出ます。

新			変更年月日
	医療施設名称 <small>ふりがな</small>		年 月 日
	所在地	〒 電話： _____ FAX： _____	年 月 日
	開設者		年 月 日
	医療法上の管理医師名		年 月 日

旧			
	医療施設名称 <small>ふりがな</small>		
	所在地	〒 電話： _____ FAX： _____	
	開設者		
	医療法上の管理医師名		

	新	旧	変更年月日
診療科目			年 月 日
病床数	床（産婦人科 床）	床（産婦人科 床）	年 月 日
産婦人科施設・設備			年 月 日
産婦人科常勤従事者数	医師 名 看護師 名 助産師 名 准看護師 名 看護補助者 名	医師 名 看護師 名 助産師 名 准看護師 名 看護補助者 名	年 月 日
その他			年 月 日

(注<sub>1</sub>) 必要事項を記入するか○で囲んで下さい。なお、医療施設の平面図を添付してください。

(注<sub>2</sub>) 医療法上の廃止・開設を伴う設備変更の場合は、新規指定を受けてください。

令和 年 月 日

医療法上の \_\_\_\_\_ (印)  
管理医師確認欄

令和 年 月 日  
医師会経由 (印)

# 連 携 施 設 証 明 書

令和 年 月 日

大 阪 府 医 師 会 長 殿

所 在 地

連 携 施 設 名

連 携 施 設 長 氏 名

⑩

下記医療機関は母体保護法により、当施設が連携を受託した施設であることを証明する。

医 療 機 関 名

所 在 地

母 体 保 護 法  
指 定 医 師 氏 名

(注) 連携施設となり得る機関は、母体保護法に基づく設備指定を受け、  
連携施設を必要としない施設でなければならない。

指定医師が複数名従事している場合は、母体保護法指定医師氏名欄  
に、指定医師すべての氏名を記載すること。