

年 月 日

(宛先)みなと保健所長

開設者 住 所
氏 名
電 話 番 号 ()
ファクシミリ番号 ()
〔法人にあつては、名称、主たる
事務所の所在地及び代表者の氏名〕

診療所、歯科診療所又は助産所開設許可
(届出)事項一部変更使用許可申請書

診療所、歯科診療所又は助産所の開設(届出)事項の一部変更について、使用の許可を受けたいので、医療法第27条の規定により、下記のとおり申請します。

記

1	名 称		
2	所 在 地	電話番号 () ファクシミリ番号 ()	
3	開 設 許 可 又 は 届 出	年 月 日 第 号	
4	管 理 者 氏 名		
5	診 療 科 目		
6	病 床 (入 所 定 員) 数		
7	医 師 名	臨床(衛生)検査技師 名	歯 科 医 師 名
	薬 剤 師		歯 科 衛 生 士
	看 護 師	理 学 療 法 士	歯 科 技 工 士
	准 看 護 師	作 業 療 法 士	事 務 員
	助 産 師	柔 道 整 復 士	労 務 員
	診療放射線(エックス線)技師	看 護 補 助 者	
	栄 養 士	ちゅう 厨 手	計 名
8	許 可 を 受 け る 事 項	年 月 日 第 号による一部変更許可書(届け書)のとおり	
9	使 用 開 始 予 定 期 日	年 月 日	
10	自 主 検 査 に よ る こ と の 申 出 の 有 無	有 ・ 無	