

墨田区長 あて

開設者 住 所
氏 名
電 話 番 号 ()
ファクシミリ番号 ()
〔 法人にあっては、名称、主たる事務所の所在
地 及 び 代 表 者 の 氏 名 〕

診療所(助産所)開設許可(届出)事項の変更届

開設許可(届出)事項を変更したので、下記のとおり届け出ます。

記

1 名 称			
2 開 設 の 場 所	電 話 番 号 () ファクシミリ番号 ()		
3 開設許可(届出)年月日及び番号	年	月	日 第 号
4 変更の年月日及び理由	年	月	日
5 変更した事項	変 更 事 項		
	変 更 前		
	変 更 後		
			保健所担当者確認欄

- 添付書類 1 管理者交代の場合は、臨床研修等修了登録証の写し及び免許証の写し並びに職歴書
2 病室の定床数が減少する場合には、変更前と変更後の平面図(縮尺200分の1以上)
3 麻酔科を標ぼうする場合は、標ぼう許可書の写し

- (注1) 平成16年4月1日時点において現に医師免許を受けている者及び同日前に医師免許の申請を行った者であって同日以後に医師免許を受けた者は、医療法等の一部を改正する法律(平成12年法律第141号)により、医師法第16条の6第1項の規定による臨床研修を修了した旨の登録を受けた者とみなします。
- (注2) 平成18年4月1日時点において現に歯科医師免許を受けている者及び同日前に歯科医師免許の申請を行った者であって同日以後に歯科医師免許を受けた者は、医療法等の一部を改正する法律により、歯科医師法第16条の4第1項の規定による臨床研修を修了した旨の登録を受けた者とみなします。
- (注3) 臨床研修等修了登録証の写し及び免許証の写しの添付は、本証の提示確認に代えることができます。提示確認の場合は、該当欄に保健所担当者の確認印を受けてください。