

第 1 1 号様式（第 6 条関係）従事者変更

年 月 日

葛飾区保健所長 あて

開設者 住 所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏 名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

電 話 （ ）

F A X （ ）

診療所（歯科診療所又は助産所）開設届出事項一部変更届

医療従事者を変更したので、医療法施行令第 4 条第 3 項の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

1 名 称																				
2 開設の場所	葛飾区 電話 （ ） FAX （ ）																			
3 開設許可（届出）年月日及び番号	年 月 日 第 号 許可 ・ 届出																			
4 変更した理由	医療従事者の 就職 ・ 退職 による。																			
5 変更した事項																				
職 種	氏 名	臨床研修等 修了登録年月日	免 許 証 番 号 及び登録年月日	就職（入） 退職（出）	同 年 月 日	診療科目・診療日時 (医師・歯科医師のみ)	保健所 確認欄													
		・ ・	第 . 号	入・出	・ ・															
		・ ・	第 . 号	入・出	・ ・															
		・ ・	第 . 号	入・出	・ ・															
		・ ・	第 . 号	入・出	・ ・															
		・ ・	第 . 号	入・出	・ ・															
6 全体の従業者数																				
職 種	医 師	薬 剤 師	看 護 師	准 看 護 師	助 産 師	放 射 線 師	技 術 士	看 護 助 手	栄 養 士	衛 生 検 査 師	技 術 士	歯 科 医 師	歯 科 士	衛 生 士	技 術 士	厨 手	雑 役	事 務 員	計	
変更前																				
変更後																				

添付書類

- (1) 医師、歯科医師については、臨床研修修了登録証（H16.4以降に免許を取得した医師、H18.4以降に免許を取得した歯科医師のみ）、再教育研修修了登録証（該当者のみ）及び免許証の原本を提示すること。
- (2) 臨床研修修了登録年月日欄には、臨床研修修了登録年月日もしくは再教育研修修了登録年月日を記入すること。

副本が必要な場合は、提出書類は、正副 2 部ご用意ください。