

年 月 日

葛飾区保健所長 あて

住 所

開設者

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許可（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 | | 葛飾区 電話番号 () ファクシミリ番号 () | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 開設許可または届出年月日及び番号 | | 年 月 日 第 号 許 可 ・ 届 出 | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 管 理 者 氏 名 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 診 療 科 目 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 病 床 (入所定員) 数 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 従 業 者 数 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医 師 | 薬 剤 師 | 看 護 師 | 准 看 護 師 | 助 産 師 | 診 放 射 療 線 技 術 師 | エ ッ ク ス 線 技 術 師 | 看 護 補 助 者 | 事 務 員 | | | | 歯 科 医 師 | 歯 科 衛 生 士 | 歯 科 技 工 士 | 厨 (ちゅう) 手 | 計 |
| 名 | | | | | | | | | | | | | | | | 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・一部変更届書のとおり | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | |