第10号様式(第8条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　月　　日  東京都多摩立川保健所長　殿 | | | | | | | | | | |
| 開設者 | | | | | 住所  氏名　　　　　　　　　　印 | | | | | |
| 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 | | | | | | |
| 病院(診療所又は助産所)開設許可(届出)事項一部変更届  　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 | |  | | | | | | |
| 4　変更した理由及び年月日 | |  | | | | | | |
| 5　変更した事項 | 変更事項 |  | | | | | | |
| 変更前 |  | | | | | | |
| 変更後 |  | | | | | | |
| (注)　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る。  　　　　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ること。 | | | | | | | 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、免許証の写し及び職歴書  　　　　　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)を添付すること。  　　　　　3　麻酔科を標榜する場合は、標榜許可書の写し | | | | | | | | | | |

(日本産業規格A列4番)