第10号様式(第8条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和 年 月 日  東京都多摩府中保健所長 殿  住所  開設者  印  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 | | | |
| 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 | | 東京都 | | | |
| 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 変更した理由及び年月日 | | 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)