|  |
| --- |
|  年 月 日東京都多摩小平保健所長 殿開設者 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）印電 話 （ ）ＦＡＸ （ ） |
| 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 | 東京都電話 （ ） 　ＦＡＸ （ ） |
| ３ | 開設届出年月日及び番号 | 年　　　月　　　日　第　　　　　　号　　　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 | ・　・ |  |  |
|  |  |  ・ ・  | 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 | 技師放射線 |  | 栄養士 | 技師臨床検査 |  | 歯科医師 | 衛生士歯科 | 技工士歯科 |  |  |  |  |  | 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) 臨床研修等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。