　第１１号様式（第７条関係）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年月日  　千代田区千代田保健所長　殿  住所  住所  開設者　氏名氏名  電話番号電話番号　（　　）  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  診療所（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　所　　　在　　　　地開設の場所 | | | 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 | | 年　　　月　　　日年月日　　　　　　　第　　　　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 |  |
| 変更後変更後 |  |
| （注）開設届出事項中建物、敷地、用途、入院又は入所定員等の変更については、縮尺200分の１以上の平面図を添付すること。 | | | | | |

**（別紙）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年月日   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | (職種)　　　　　　　医師  歯科医師  薬剤師  助産師 | 氏　　名 |  | | 就職（入)  退職（出) | 同年月日 | 摘要欄 | | 修了登録年月日 | 免許証番号及び | |  |  | 年 月 日 | 第 　　号  年 月 日 |  | 年 月 日 |  | |  |  | 年 月 日 | 第 　　号  年 月 日 |  | 年 月 日 |  | |  |  | 年 月 日 | 第 　　号  年 月 日 |  | 年 月 日 |  | |  |  | 年 月 日 | 第 　　号  年 月 日 |  | 年 月 日 |  | |  |  | 年 月 日 | 第 　　号  年 月 日 |  | 年 月 日 |  | |  |  | 年 月 日 | 第 　　号  年 月 日 |  | 年 月 日 |  |   (注)　個人開設の診療所（歯科診療所･助産所）においては、新たに就職した医師・歯科医師・薬剤師・助産師の免許証の写し、及び臨床研修等修了登録を行った医師、歯科医師は登録証の写しを添付すること。また、摘要欄には医師・歯科医師の担当診療科目名・診療日時、助産師の勤務日時を記入すること。 |