|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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、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 | 放射線技師  診療用 | エックス線技師 | 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 | | | | | | | | | | | | |