

**診療所
開設許可事項変更許可申請書
助産所**

年 月 日

(宛先)
大津市保健所長

開設者 住所 _____

氏名 _____

電話番号 _____

(法人にあっては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名)

次のとおり診療所（助産所）の開設許可事項を一部変更したいので、医療法第7条第2項の規定により申請します。

診療所の名称	(フリガナ)	
診療所の所在地	所在地	
	電話番号	
変更事項 (該当する番号を○で囲むこと)	(1) 開設の目的及び維持の方法 (2) 医師、歯科医師、薬剤師、看護師、助産師その他の従業員の定員 (3) 敷地の面積 (4) 建物の構造概要 (5) 歯科技工室の有無及び構造設備の概要 (6) 病床数及び病床の種別ごとの病床数並びに各病室の病床数(病室の病床数を減らす場合を除く。)	
変更しようとする理由		
変更内容	変更前	変更後

添付書類

変更事項が(3)から(6)に該当する場合は、新旧が比較できる平面図(建物の平面図にあっては、各室の用途を示し、各病室の病床数及び病床種別等を明示したもの)

注 用紙の大きさは、日本産業規格A列4番とします。