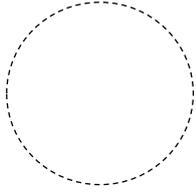


(様式医10)



病 院 開設 許 可 事 項 変 更 届
 診 療 所 届 出
 助 産 所

年 月 日

藤 沢 市 保 健 所 長

〒 ー

住 所

ふりがな

開 設 者

氏 名

電 話

()

(法人の場合、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の職・氏名)

次のとおり届け出ます。

ふりがな

1 名 称

2 所 在 地

〒 ー

神奈川県藤沢市

3 変 更 を 生 じ た 事 項

- (法人) 開設者の住所・氏名 (法人の事務所所在地・名称) 名称
- 診療科目 管理者の住所・氏名 定款・寄付行為・条例
- 病床数・病床の種別ごとの病床数・各病室の病床数 (減少させる場合のみ)
- その他 ()
- (個人) 開設者の住所・氏名 名称 従業者の定員 診療科目
- 敷地の面積・平面図 建物の構造概要・平面図 勤務する薬剤師
- 病床数・病床の種別ごとの病床数・各病室の病床数 (減少させる場合のみ)
- 診療に従事する医師・歯科医師の氏名・診療科名・勤務日・診療時間
- その他 ()

4 変 更 前 の 概 要

5 変 更 後 の 概 要

6 変 更 の 理 由

7 変 更 年 月 日

年 月 日

(添付書類)

- ・ 変更により採用となる医師もしくは歯科医師の免許証、臨床研修修了登録証の写し及び履歴書
- ・ その他必要書類

以下、保健所使用欄

施行番号 : 202 - 006 -

標記のとおり届出があったため、受理するものです。

施設番号 :

起案 年月日	所 長	副所長	課 長	主 幹	課長補佐	主 査	担 当	起案者
決裁 年月日								