

様式第2号（第2条関係）

年 月 日

（提出先）

川越市保健所長

開設者 住 所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

氏 名（法人にあつては、名称及び代表者の職氏名）

電話番号

診療所開設許可事項一部変更許可申請書

医療法第7条第2項の許可を次のとおり申請します。

名 称			
所 在 地	電話番号		
開設許可年月日	年 月 日	許可番号	

<p>変更事項（該当事項を○で囲むこと。）</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 開設者が臨床研修等修了医師又は臨床研修等修了歯科医師以外の者であるときは、開設の目的及び維持の方法 2 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の従業者の定員 3 敷地の面積及び平面図 4 建物の構造概要及び平面図 5 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（病室の病床数を減少させるときを除く。） 6 歯科技工室の構造設備の概要
<p>変更理由</p>	
<p>変更前</p>	
<p>変更後</p>	

備考 変更事項が3から6までに該当する場合は、平面図を添付すること。