

年 月 日

東京都知事 殿

住所
 開設者 氏名 (印)
 電話番号 ()
 ファクシ番号 ()
 (法人にあつては、名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名)

病院(診療所又は助産所)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	開 設 の 場 所	電話番号 () ファクシ番号 ()
3	開設許可(届出)年月日及び番号	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

(注) 免許証の写しの添付は、本証の提示確認に代えることができる。
 提示確認の場合は、該当欄に保健所担当者の確認印を受けること。

保健所担当者 確認欄(注)	
------------------	--

- 添付書類
- 1 管理者交代の場合は、臨床研修等修了登録証の写し、免許証の写し及び職歴書
 - 2 病室の定床数が減少する場合には、変更前と変更後の平面図(縮尺200分の1以上)を添付すること。
 - 3 麻酔科を標榜する場合は、標榜許可書の写し