

〇〇年〇〇月〇〇日

豊島区池袋保健所長

開設者 住所 東京都豊島区東池袋一丁目18番1号
氏名 豊島 太郎

個人開設の場合は、
押印不要です

電話番号 03 (1234) 5678
〔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、助産所）開設届出事項一部変更届（医療従事者）

開設届出事項（医療従事者）に変更が生じたので、下記のとおり届け出ます。

記

1 名 称	〇〇クリニック
2 所在地	豊島区 東池袋一丁目18番1号 電話番号 03 (1234) 5678
3 開設届出年月日及び番号	〇〇年〇〇月〇〇日 第〇〇〇号
4 変更した理由	医療従事者の就退職による。

5 変更した事項 医療従事者

職種	氏名	免許証番号及び登録年月日	臨床研修等修了登録年月日(注2・3)	就職・退職の別及び年月日	備考	確認欄(注1)
医師	〇〇 〇〇	第 年 月 日 号	年 月 日	就職・退職 〇〇年〇月〇日		
医師	〇〇 〇〇	第 〇〇〇〇〇〇号 〇〇年〇月〇日	年 月 日	就職・退職 〇〇年〇月〇日	内科 全日	
医師	〇〇 〇〇	第 〇〇〇〇〇〇号 〇〇年〇月〇日	〇〇年〇月〇日	就職・退職 〇〇年〇月〇日	小児科 月木 10~17	
看護師	〇〇 〇〇	第 〇〇〇〇〇〇号 〇〇年〇月〇日	年 月 日	就職・退職 〇〇年〇月〇日		
診療放射線技師	〇〇 〇〇	第 年 月 日 号	年 月 日	就職・退職 〇〇年〇月〇日		

職種	医師	歯科医師	助産師	薬剤師	看護師	准看護師	看護補助者	放射線技師	歯科衛生士	歯科技工士	事務員	計
変更前	3名	名	名	1名	1名	2名	名	1名	名	名	2名	10名
変更後	4名	名	名	1名	2名	2名	名	名	名	名	3名	12名

添付書類

(注2・3)

- 医療従事者の免許証の写し及び臨床研修等修了登録証の写し
- 備考欄には、医師、歯科医師の担当診療科名、診療日及び診療時間を記入すること。

(注1) 免許証の写し及び臨床研修等修了登録証の写しの添付は、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。

(注2) 平成16年4月1日時点において現に医師免許を受けている者及び同日前に医師免許の申請を行った者であって同日以後に医師免許を受けた者は、医療法等の一部を改正する法律（平成12年法律第141号。以下「一部改正法」という。）第2条の規定による改正後の医療法及び一部改正法第4条の規定による改正後の医師法の適用については、同法第16条の4第1項の規定による登録を受けた者とみなす。

(注3) 平成18年4月1日時点において現に歯科医師免許を受けている者及び同日前に歯科医師免許の申請を行った者であって同日以後に歯科医師免許を受けた者は、一部改正法第3条の規定による改正後の医療法及び一部改正法第5条の規定による改正後の歯科医師法の適用については、同法第16条の4第1項の規定による登録を受けた者とみなす。