

〇〇年〇〇月〇〇日

豊島区池袋保健所長

住所 東京都豊島区東池袋一丁目18番1号

開設者

氏名 豊島 太郎 ⑩

個人開設の場合は、
押印不要です

電話番号 03 (1234) 5678

ファクシミリ番号 03 (1234) 5678

〔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〕診療所、歯科診療所又は助産所開設許可
(届出) 事項一部変更使用許可申請書

診療所、~~歯科診療所又は助産所~~の開設許可(届出)事項の一部変更について、使用の許可を受けたいので、医療法第27条の規定により、下記のとおり申請します。

記

1 名称	〇〇クリニック					
2 所在地	東京都豊島区 東池袋一丁目18番1号 電話番号 03 (1234) 5678 ファクシミリ番号 03 (1234) 5678					
3 開設許可又は届出	〇〇年〇〇月〇〇日 第〇〇〇号					
4 管理者氏名	〇〇 〇〇					
5 診療科目	内科、産科					
6 病床(入所定員)数	4室6床					
7 従事者数	医師	2名	理学療法士	名	歯科医師	名
	薬剤師	名	作業療法士	名	歯科技工士	名
	看護師	2名	柔道整復士	名	歯科衛生士	名
	准看護師	1名	看護補助者	名	事務員	3名
	助産師	1名	栄養士	名	労務員	名
	診療放射線(エックス線)技師	名	ちゅうしゅ 厨手	1名		名
	臨床検査(衛生検査)技師	名		名	計	10名
8 許可を受ける事項	〇〇年〇〇月〇〇日 第〇〇〇号 による一部変更許可書(届け書)のとおり					
9 使用開始予定期間	〇〇年〇〇月〇〇日					
10 自主検査によることの申出の有無	有 無					