

病院開設許可事項変更届

年 月 日

熊本市保健所長(宛)

届出人(開設者)

印

病院の開設許可事項を変更したので、医療法施行令第4条第1項の規定により次のとおり届出をします。

開設者	(フリガナ)					
	氏名 (法人の場合はその名称)					
住所	(フリガナ)					
	住所 (法人の場合は主たる事務所の所在地)		TEL			
名称						
開設の場所		校区				
変更年月日		TEL FAX				
変更理由		年 月 日				
変更内容		1.減床 2.診療科目 3.名称 4.開設者の住所(氏名) 5.その他()				
所長	課長	副課長	主幹	主査	班員	起案 年 月 日 本届出書を受理したので 供覧します。
受付印			決裁印			

備考 氏名を自署する場合は、押印は不要です。

変更事項	病床数		種別	一般	療養	精神	感染症	結核	計	
			変更前							
			変更後							
	診療科目	変更前								
		変更後								
			新(変更後)				旧(変更前)			
	施設の名 称									
	開設者	住所	〒				〒			
		氏名								