

診療所病床数等変更届

年 月 日

熊本市保健所長(宛)

届出人(開設者)

印

診療所の病床数等を変更したので、医療法施行令第 4 条第 2 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 (法人の場合は主たる事務所の所在地)		〒		TEL				
(フリガナ)									
名称									
開設の場所		〒		校区			TEL FAX		
変更理由									
変更内容		1 病床数の減少 2 その他 ()							
変更年月日		年 月 日							
変更事項	病床数	種別	療養	一般				計	
		変更前							
		変更後							
従業者の定員		医師	歯科医師	看護師	准看護師	看護補助者	その他	合計	
	変更前								
	変更後								
所長	課長	副課長	主幹	主査	班員				
受付印			決裁印						
起案 年 月 日 本届出書を受理したので 供覧します。									

備考 氏名を自署する場合は、押印は不要です。