様式第12号

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)

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 | | | | 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 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |