第２号様式（第２条関係）

診療所開設許可事項一部変更許可申請書

年　　月　　日

　越谷市長　宛

　　　　　　　　　開設者　住　　所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　　　　氏　　名（法人にあっては、名称及び代表者の職氏名）

　　　　　　　　　　　　　電話番号

　次のとおり、医療法第７条第２項の許可を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 名　　　　　称 | 　　　 |
| 所　　在　　地 | 　　電話番号　　　　　　　　　　ＦＡＸ番号　　　　　　　　　 |
| 開設許可年月日 | 年　　月　　日 | 許可番号 | 　　　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 　変　　更　　事　　項（該当事項を○で囲むこと。） | １　開設者が医師又は歯科医師以外の者であるときは、開設の目的及び維持の方法２　医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の従業者の定員３　敷地の面積及び平面図４　建物の構造概要及び平面図５　病床数及び病床の種別ごとの病床数並びに各病室の病床数（病室の病床数を減少させるときを除く。）６　歯科技工室の構造設備の概要 |
| 変更理由 |  |
| 変更前 |  |
| 変更後 |  |

備考　変更事項が３～６に該当する場合は、平面図を添付し、変更部分を朱書等により明示すること。