

令和 年 月 日

(宛先) 大田区保健所長

住 所
開設者
氏 名

電話番号 ()

ファクシミリ番号 ()

〔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
開設許可事項一部変更許可申請書

診療所、歯科診療所又は助産所の開設許可事項の一部変更について許可を受けたいので、医療法第7条第2項の規定により、下記のとおり申請します。

記

1 名 称	
2 所 在 地	電話番号 () ファクシミリ番号 ()
3 開 設 許 可	年 月 日 第 号
4 変 更 事 項	
5 変 更 理 由	

添付書類

- 敷地の平面図
- 建物の平面図(縮尺1/200以上のもの)
- エックス線診療室放射線防護図(平面図及び立面図。縮尺1/50のものとし、壁及び鉛の厚さを記入すること。)

注意事項

- 平面図は、現行と許可後の2葉を付すこと。
- 建物の平面図は、各室の用途を示し、かつ、各病室の病床数を示す図面とすること。