

（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、助産所）開設届出事項中一部変更届

下記のとおり、医療従事者を変更したので届け出ます。

記

- 1 名 称
- 2 所在地
- 3 開設届 年 月 日 第 号
- 4 変更した理由 医療従事者の就退職による
- 5 変更した事項

職 種	氏 名	免 許※1		就職(入) 退職(出)	同年月日	臨床研修修了 登録年月日※2	保健所 照合欄
		番 号	年月日				

従事者総数

職 種	医 師	歯 科 医 師	薬 剤 師	助 産 師	看 護 師	准 看 護 師	放 射 線 技 師	臨 検 査 技 師	栄 養 士	歯 科 衛 生 士	歯 科 技 工 士							そ の 他	計
変更前																			
変更後																			

(注) 1 医療系の従事者を雇用した場合は、免許証写しを添付してください。
 2 「臨床研修修了登録証」の写しを添付してください。
 【対象】平成16年4月1日以降に医師免許証を取得した医師
 平成18年4月1日以降に歯科医師免許証を取得した歯科医師