第１１号様式（第６条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　月　　日  豊島区池袋保健所長  　　　　　　 住 所  　　　　　　開設者  　　　　　　 氏 名    　　　 　　　　　　 電話番号　　　　 (　　　　)  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　ファクシミリ番号　　　　 (　　　　)  法人にあっては、名称、主たる  事務所の所在地及び代表者の氏名  診療所（助産所）開設許可（届出）事項一部変更届  開設許可（届出）事項を変更したので、下記のとおり届け出ます。  記 | | | | | | |
| １ | 名称 | | | |  | |
| ２ | 所在地 | | | | 東京都 豊島区　　　　　　　　　　丁目　　　　番　　　　号 | |
| 電話番号　　　　　 (　　　　)  ファクシミリ番号　　　　　 (　　　　) | |
| ３ | 開設許可（届出）年月日及び番号 | | | | 年　　月　　日　　　　　　　第　　　　　号 | |
| ４ | 変更した理由及び年月日 | | | |  | |
| ５ | 変更した事項 | | | 変更事項 |  | |
| 変更前 |  | |
| 変更後 |  | |
| 添付書類 | | | | | | |
| (1)  (2)  (3) | | 管理者交代の場合は、臨床研修等修了登録証（注２・３）の写し及び免許証の写し並びに職歴書  病室の定床数が減少する場合には、変更前と変更後の平面図（縮尺２００分の１以上）を添付すること。  麻酔科を標榜する場合は、標榜許可書の写し | | | | |
| (注１) | | | 臨床研修等修了登録証の写し及び免許証の写しの添付は、本証の提示確認に代えることができる。提示確認の場合は、該当欄に保健所担当者の確認印を受けること。 | | |
| (注２) | | | 平成１６年４月１日時点において現に医師免許を受けている者及び同日前に医師免許の申請を行ったものであって同日以後に医師免許を受けた者は、医療法等の一部を改正する法律（平成１２年法律第１４１号。以下「一部改正法」という。）第２条の規定による改正後の医療法及び一部改正法第４条の規定による改正後の医師法の適用については、同法第１６条の４項第１項の規定による登録を受けた者とみなす。 | | |
| (注３) | | | 平成１８年４月１日時点において現に歯科医師免許を受けている者及び同日前に歯科医師免許の申請を行った者であって同日以後に歯科医師免許を受けた者は、一部改正法第３条の規定による改正後の医療法及び一部改正法第５条の規定による改正後の歯科医師法の適用については、同法第１６条の４第１項の規定による登録を受けた者とみなす。 | | |