

【様式第 15 号】

診療所病床の設置許可事項変更届

年 月 日

(あて先) 秋 田 県 知 事

開設者 住 所

氏 名

※法人であるときは、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名

診療所病床の設置許可事項の変更について (届出)

診療所の病床の設置許可事項の変更について、医療法施行令第 4 条第 2 項の規定より、次のとおり届け出ます。

1 名称及び所在地

(名 称)	(所在地)
-------	-------

2 変更した事項

(1) 変更事項

--

(2) 変 更 前

--

(3) 変 更 後

--

3 変更した理由

--

4 変更年月日

--

【文書作成責任者等の連絡先】

(住 所)

(責任者または担当者名)

(連絡先) 電話番号：

メールアドレス：

[備考]

縮尺 200 分の 1 以上の平面図 (新旧対照図面) を添付すること。