

様式第12号

診療所病床の設置許可事項変更許可申請書

(A4判)

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

診療所病床設置許可事項の変更設置許可について（申請）

診療所病床設置許可事項の変更について許可を受けたいので、医療法第7条第3項の規定により、次のとおり申請します。

1 名称及び所在地

2 変更しようとする事項

(1) 変更事項

(2) 現 状

(3) 変 更 後

3 変更しようとする理由

【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

病室、機能訓練室、談話室、食堂及び浴室の構造設備の概要の変更については、その状況を明らかにした縮尺200分の1以上の平面図（新旧対照図面）を添付してください。