様式第１０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。