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。