様式第１２号

病院、診療所又は助産所の開設許可（届出）事項変更届

（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  病院（診療所、助産所）の開設許可（届出）事項の変更について（届出）  　病院（診療所、助産所）開設許可（届出）事項の変更について、医療法施行令第４条第１項（第４条第２項、第４条第３項又は第４条の２第２項）の規定により、次のとおり届け出ます。  １　名称及び所在地  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

　　１　敷地の面積、建物の構造概要及び各病室の病床数の変更については、その状況を明　　　らかにした縮尺２００分の１以上の平面図（新旧対象図）を添付してください。

　　２　管理者又は嘱託医師を変更する場合は、その者の住所及び氏名を記載するとともに、　　　臨床研修修了登録証若しくは免許証を提示し、又はそれらの写しを添付してください。