様式第１３号

診療所病床の設置許可事項変更届

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （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  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  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）を添付してください。