

診 療 所 病 床 減 床 届 出 書

令和 年 月 日

(宛先) 寝屋川市保健所長

開設者住所.....

氏名.....

電話..... ()

(法人の場合は主たる事務所の所在地、名称、代表者職・氏名)

下記のとおり、病床を減床したので、医療法施行令（第4条第1項・第3項）及び同法施行規則第1条の14第4項の規定に基づき、届け出ます。

1. 診療所の名称	(フリガナ)						
2. 開設の場所	所在地	〒					
	電話	()		FAX	()		
3. 減床する病床種別	☐ 一般病床の減床 ☐ 療養病床の減床						
4. 減床日	令和 年 月 日						
5. 病床数	変更前	総病床数	床	(内訳 一般病床	床	療養病床	床)
	変更後	総病床数	床	(内訳 一般病床	床	療養病床	床)
6. 病室別病床数							
病室名	病床種別	病床数		病室名	病床種別	病床数	
		変更前 (床)	変更後 (床)			変更前 (床)	変更後 (床)
	一・療				一・療		
	一・療				一・療		
	一・療				一・療		
	一・療				一・療		
	一・療				一・療		
	一・療				一・療		
	一・療				一・療		
		合計					

注：一般病床は「一」を、療養病床は「療」を、それぞれ○で囲むこと。

【添付書類】

1 新旧の建物平面図

提出部数 1 部

※保健所受付印