

(様式6)

病院開設許可及び開設届出事項中一部変更届

令和 年 月 日

(宛先) 寝屋川市長

所在地 (〒 -)

法人名

代表者

電話 ()

FAX ()

E-mail

〔 法人代表者は、職・氏名を記載のこと。
個人の場合は、開設者の住所、氏名を記載のこと。 〕

下記のとおり、開設許可及び開設届出事項中の一部を変更しましたので、医療法施行令第4条第1項及び同法施行規則第1条の14第4項の規定により届出します。

保健所受付印

提出部数：1部

(様式6)

1	ふりがな		
	病院名		
2	開設の場所	郵便番号	〒 —
		所在地	
		電話	()
		F A X	()
		e-mail	@
3	変更事項	変更前	
		変更後	
		変更年月日	令和 年 月 日
		変更理由	

注1 麻酔科を標榜する場合は、「麻酔科標榜許可書」の写し（保健所で原本照合済みのもの）を添付すること。

2 診療科名に係る変更を届け出る際、平成20年4月1日以降に広告することが認められなくなった診療科名を標榜している場合には、当該届出に合わせて、適切な診療科名に変更すること。

提出部数：1部