

様式第2号

病院開設許可事項中一部変更許可申請書

年 月 日

(あて先) 千葉市保健所長

開設者住所 (法人の場合は主たる事務所所在地)

〒

連絡先電話番号 ()

開設者氏名 (法人の場合は名称、代表者職氏名)

(連絡先電子メールアドレス @)

下記のとおり開設許可事項中の一部変更を許可されたく申請します。

記

1 名称		電話	()
2 所在地	〒		
3 開設許可年月日及び同番号	年 月 日 (第 号)		

4 変更事項 (該当するものを○で囲む)

(1) 開設の目的及び維持の方法 (開設者が臨床研修修了医師 (歯科医師) 以外の場合)
(2) 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の従業員の定員
(3) 敷地の面積及び平面図
(4) 建物の構造概要及び平面図
(5) 診療用施設 (診察室、手術室、検査施設、調剤所、給食施設等)
(6) 病床数及び病床種別ごとの病床数並びに各病室の病床数

5 変更概要

6 変更理由	
7 変更予定年月日	