

殿

開設者 住 所
氏 名

電 話 番 号 ()

ファクシミリ番号 ()

(法人にあっては、名称、主たる事務所の所在地
及び代表者の氏名)

診療所、歯科診療所又は助産所従事者変更届

開設許可(届出)事項を変更したので、下記のとおり届け出ます。

記

名 称						
所 在 地	電話番号 () ファクシミリ番号 ()					
開設許可(届出)年月日 及び番号	年 月 日 第 号					
変更事項						
職種	氏 名	臨床研修等 修了登録年月日	免許証番号 登録年月日	就退職 の別	就退職年月日	摘要
		年 月 日	第 号 年 月 日	就・退	年 月 日	
		年 月 日	第 号 年 月 日	就・退	年 月 日	
		年 月 日	第 号 年 月 日	就・退	年 月 日	
		年 月 日	第 号 年 月 日	就・退	年 月 日	
		年 月 日	第 号 年 月 日	就・退	年 月 日	

(全体の従業者数)

職 種	医 師	歯 科 医 師	薬 剤 師	保 健 師	助 産 師	看 護 師	准 看 護 師	放 射 線 技 師	歯 科 衛 生 士	歯 科 技 工 士	臨 床 検 査 技 師				そ の 他	計
変更前																
変更後																

- (注) 1 新たに従事する医師、歯科医師及び助産師の免許証の写しを添付すること。ただし、平成16年4月1日以後に免許を取得した医師及び平成18年4月1日以後に免許を取得した歯科医師にあっては、臨床研修等修了登録証の写しも添付すること。
- 2 摘要欄には、医師、歯科医師の担当診療科名及び診療日時を記入すること。
- 3 変更前、変更後の人数は、在籍する全ての職種について記入すること。