

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       |             |   |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------|---|---|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       | 年           | 月 | 日 |
| 江戸川区江戸川保健所長 殿                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                       |             |   |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       | 住 所         |   |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       | 開設者         |   |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       | 氏 名 ⑩       |   |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       | 電話番号 ( )    |   |   |
| 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（助産所）開設許可（届出）事項一部変更届                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |             |   |   |
| 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                       |             |   |   |
| ※ 記載した個人情報は、医療法の施行に必要な限度で利用するほか、江戸川区情報公開条例に規定する不開示情報に該当しない開設者の氏名については、希望者からの求めに応じて情報提供します。                                                                                                                                                                                                                                               |                       |             |   |   |
| 記                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                       |             |   |   |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 名 称                   |             |   |   |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 開 設 の 場 所             | 電話番号 ( )    |   |   |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 開設許可（届出）年月日及び番号       |             |   |   |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 変 更 し た 理 由 及 び 年 月 日 |             |   |   |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 変 更 し た 事 項           |             |   |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 変 更 前                 |             |   |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 変 更 後                 |             |   |   |
| 添付書類 <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <span>※1</span> <span>※2</span> </div> (1) 管理者交代の場合は、 <u>免許証の写し</u> 及び <u>履歴書</u><br>(2) 開設届出事項中建物、敷地、用途、入院（入所）定員等の変更については、変更前と変更後の平面図（縮尺200分の1以上のもの）<br>(3) 麻酔科を標ぼうする場合は、標ぼう許可書の写し<br>(注) 免許証の写しの添付は、本証の提示確認に代えることができる。提示確認の場合は、該当欄に保健所担当者の確認印を受けること。 |                       |             |   |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       | 保 健 所 担 当 者 |   |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       | 確 認 欄       |   |   |

※1 医師免許証及び臨床研修修了登録証については本証を確認いたしますので、窓口まで持参願います。

※2 履歴書へ管理者の写真を貼付願います。

その他、医療法人が開設する診療所の場合、新しい管理者が医療法人の理事に就任していることがわかる書類(社員総会議事録の写し等)が必要となります。