

年 月 日

江戸川区江戸川保健所長 殿

住 所

開設者

氏 名

㊞

電話番号 ()

法人にあつては、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開設許可事項一部変更許可申請書

診療所、歯科診療所又は助産所開設許可事項の一部変更について許可を受けたいので、医療法第7条第2項の規定により、下記のとおり申請します。

※ 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 所 在 地	電話番号 ()
3 開 設 許 可	年 月 日 第 号
4 変 更 事 項	
5 変 更 理 由	
添付書類 1 敷地の平面図 2 建物の平面図（縮尺200分の1以上のもの） 3 エックス線診療室放射線防護図（平面図及び立面図。縮尺50分の1のものとし、壁及び鉛の厚さを記入すること。） 注意事項 1 平面図は、現行と許可後の2葉を付すること。 2 建物の平面図は、各室の用途を示し、かつ、各病室の病床数を示す図面とすること。	