　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　福井市長　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(主たる事務所の所在地)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者氏名　　　　　　　　　　　　　　(※)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(名称および代表者氏名)

※代表者が手書きしない場合は、記名押印してください。

　　　　　　　診療所開設許可事項（開設届出事項）中一部変更届

　下記のとおり（　　　　　　　　　　　　）を変更したので、医療法施行令第４条第１項（第４条の２第２項）の規定により届けます。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 記

　１

　２

３　開設許可年月日および番号（開設許可事項の変更の場合）

　　　　　　　年　　月　　日付け福井市指令　　　　　　第　　　　　　　号

　４　変更した事項の内容

　　　（１）変更前

　　　（２）変更後

　５　変更した年月日　　　　　　　　　　年　　月　　日

　６　変更した理由

備考

１　（　　）内には、診療時間や診療日、診療科目等と具体的に記載すること。

２ 医師、歯科医師、薬剤師および助産師の変更の場合は免許証の写しを添付すること。

３ 管理者の変更の場合には臨床研修修了登録証の写しまたは免許証の写しと履歴書を添付すること。

４ 大学等からの派遣医師の場合は、派遣元の承諾書を添付すること。