

診療所開設届出事項中一部変更届出書（医師開設）

年 月 日

豊中市長

開設者住所.....

氏名.....

電話.....（ ）.....

下記のとおり、診療所開設届出事項中一部を変更しましたので、医療法施行令（第4条第3項）の規定により届出します。

1. 診療所の名称	(フリガナ)		
2. 開設の場所	開設場所	〒	
	電 話	()	F A X ()
	E-mail		
※記載いただいた E-mail アドレス宛に保健所からご連絡を差し上げることがあります。			
3. 診療科目			
4. 変更事項	<input type="checkbox"/> ①開設者の住所・氏名	<input type="checkbox"/> ⑨敷地面積及び平面図	
	<input type="checkbox"/> ②管理者の住所・氏名	<input type="checkbox"/> ⑩建物の構造概要及び平面図	
	<input type="checkbox"/> ③診療所の名称	<input type="checkbox"/> ⑪歯科技工室の構造設備の概要	
	<input type="checkbox"/> ④開設の場所	<input type="checkbox"/> ⑫病床数及び病床の種別ごとの病床数並びに各病室の病床数	
	<input type="checkbox"/> ⑤診療科目	<input type="checkbox"/> ⑬診療に従事する医師・歯科医師の氏名、担当診療科目、診療日、診療時間	
	<input type="checkbox"/> ⑥開設者が他に開設、管理又は勤務する病院、診療所	<input type="checkbox"/> ⑭診療所の診療日・診療時間	
	<input type="checkbox"/> ⑦同時に2以上の診療所等を開設する場合その旨	<input type="checkbox"/> ⑮薬剤師の氏名	
<input type="checkbox"/> ⑧従業者の定員			
5. 変更理由			
6. 変更年月日	年 月 日		
	新		旧
①② 開設者・管理者の住所・氏名	住所		
	氏名		
	電話	()	()

※保健所受付印

様式10

		新		旧			
③診療所の名称							
④開設の場所							
⑤診療科目							
⑥ 開設者が他に 開設、 管理又は勤務 する 病院 診療所	他開設	住所					
		名称					
	他管理	住所					
		名称					
	他勤務 (同意書)	住所					
		名称					
⑦同時に2以上の 病院又は診療所 を開設する場合その旨		住所					
		氏名					
⑧従業者の定員		医師	人		人		
		歯科医師	人		人		
		薬剤師	人		人		
		看護師	人		人		
		准看護師	人		人		
		歯科衛生士	人		人		
		その他	人		人		
⑨敷地面積及び平面図		㎡ (別紙平面図のとおり)		㎡ (別紙平面図のとおり)			
変更内容		<input type="checkbox"/> ①新・増築		<input type="checkbox"/> ②建物の除却			
		<input type="checkbox"/> ③各室の用途変更・改造					
⑩建物の構造 概要及び 平面図 (新・旧配置図 平面図を添付)			新	旧	変更面積	構造種別	
		建築延面積	㎡	㎡	㎡	造	
		診療所面積	㎡	㎡	㎡		
		新・増築建物の構造概要					
		階別	記号	室名		床面積	
		①新・増築 (病室含む)					

様 式 10

⑩建物の構造概要及び平面図 (新・旧配置図平面図を添付)	②建物の除却		新	旧	変更面積	構造種別		
		建築延面積	m ²	m ²	m ²	造		
		診療所面積	m ²	m ²	m ²			
	③各室の用途変更・改造 (病室含む)	階数	新			旧		
			記号	室名	床面積(m ²)	記号	室名	床面積(m ²)
⑪歯科技工室の構造設備の概要	構造設備概要	新			旧			
	構造種別	造			造			
	床面積	m ²			m ²			
	床張	張			張			
	技工台 モデルトリマー レジン重合器 鑄造器 技工用エンジン	有・無 有・無 有・無 有・無 有・無			有・無 有・無 有・無 有・無 有・無			
⑫病床数及び病床の種別ごとの病床数並びに各病室の病床数		一般病床		療養病床		計		
	変更前の許可病床数	床		床		床		
	変更後の許可病床数	床		床		床		
室名	変更前		変更後					差引き病床数
	病床数(床)	床面積(m ²)	病床数(床)	床面積(m ²)	有効内法床面積(m ²)	1床あたりの有効床面積(m ²)	採光面積(m ²)	
合計								

様 式 10

⑬診療に従事する医師・歯科医師の氏名、担当診療科目、診療日、診療時間	現に診療に従事している者	従事医師・ 歯科医師名											
		新	診療科目	診 療 日							診療時間		
				月	火	水	木	金	土	日			
		旧	診療科目	診 療 日							診療時間		
				月	火	水	木	金	土	日			
	変更年月日		年 月 日										
	変更理由												
	新たに診療に従事した者	①	従事医師名	診療科目	診 療 日							診療時間	
					月	火	水	木	金	土	日		
		従事年月日		年 月 日									
		②	従事医師名	診療科目	診 療 日							診療時間	
					月	火	水	木	金	土	日		
従事年月日		年 月 日											
変更理由													
診療を廃止した者	従事医師名		診療廃止年月日				変更理由						
	①	年 月 日											
	②	年 月 日											
婚姻等により氏名を変更した者	従事医師名	新											
		旧											
	変更年月日		年 月 日										
	変更理由												

様 式 10

⑭診療所の 診療日・ 診療時間	新	外来診療日						外来診療時間	休 診 日	
		月	火	水	木	金	土	日	: ~ :	
									: ~ :	
	旧	外来診療日						外来診療時間	休 診 日	
		月	火	水	木	金	土	日	: ~ :	
									: ~ :	
	⑮薬剤師が勤 務するときは、 その氏名	新						旧		

添付書類】

- 敷地面積の変更
新旧敷地平面図
- 建物の構造概要の変更
新旧の建物配置図
新旧の建物平面図
- 歯科技工室
新旧の建物平面図
- 病床数及び病床の種別ごとの病床数並びに各病室の病床数
新旧の建物平面図
- 新たに従事医師・歯科医師が勤務する場合は、その医師・歯科医師免許証の写（原本持参）
- 新たに従事医師・歯科医師が勤務する場合は、その臨床研修修了登録証の写（※）、
又は臨床研修修了登録証の写（※）及び再教育研修修了登録証の写（原本持参）
- 新たに従事する医師・歯科医師の履歴書（押印不要）
- 婚姻等により氏名を変更した場合は、その医師・歯科医師免許証等の写（原本持参）
- 麻酔科を標榜する場合は、標榜許可証の写（原本持参）
- 開設者が他の病院又は診療所に勤務する場合は、勤務先管理者（院長）の同意書

※臨床研修修了登録証の写は、平成 16 年 4 月 1 日以後に医師免許を受けた者又は平成 18 年 4 月 1 日以後に歯科医師免許を受けた者について添付が必要