**診療所開設届出事項等変更届**

令和　　年　　月　　日

西宮市保健所長　様

開設者住所

（法人にあっては主たる事務所の所在地）

（法人にあっては、名称及び代表者の職氏名）

電 話 －　 － （担当：　　　）

　次のとおり開設届出事項等を変更したので、届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| １　 |  |
| ２　診療所の所在地 | 〒　　　－TEL　　　-　　　　-　　　　FAX　　　-　　　-　　 |
| ３　　変　更　届　出　事　項 | ・診療所名称・診療科目・診療日・診療時間・住居表示・定款・寄附行為又は条例・開設者住所（所在地）氏名（名称）・管理者住所・氏名①（人員の変更）②（住居等の変更）（該当項目を○で囲む） | 変　更　前 |  |
| 変　更　後 |  |
| ４　変更理由 |  |
| ５　変更年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |

（添付書類）

　・診療所名称：変更後の定款（寄附行為）の写し又は履歴事項全部証明書

　・診療科目・診療日・診療時間：なし

　・定款・寄附行為又は条例：定款（寄附行為）の写し履歴事項全部証明書

・開設者住所（所在地）氏名（名称）：社員総会議事録等写し、履歴事項全部証明書、定款(寄附行為)の写し（開設代表者のみの交代の場合、この届は不要。）

・管理者の変更①（人員）：履歴書・免許証の写し　※③免許証原本を持参すること

　・管理者の変更②（住居等）：戸籍抄本・住民票等変更がわかる書類の写し

**履歴書**

本　籍　　　　　　　都・道・府・県

現住所

大正

昭和　　　年　　月　　日生

平成

免許証登録番号　　第　　　　　　　　号

登録年月日　　　　　年　　月　　日

臨床研修修了登録年月日　　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 年　月　日 | 学歴（高等学校卒業以降）・職歴・賞罰（各別にまとめて書く） |
|  ・ ・ |  |
|  ・ ・ |  |
|  ・ ・ |  |
|  ・ ・ |  |
|  ・ ・ |  |
|  ・ ・ |  |
|  ・ ・ |  |
|  ・ ・ |  |
|  ・ ・ |  |
|  ・ ・ |  |
|  ・ ・ |  |
|  ・ ・ |  |
|  ・ ・ |  |
|  ・ ・ |  |
|  ・ ・ |  |
|  ・ ・ |  |
|  ・ ・ |  |
|  ・ ・ |  |

注）１　免許証の写し（Ａ４サイズ）を添付すること。また原本を持参し、健康福祉事務所（保健所）職員の照合を受けること。

　　２　臨床研修修了登録証の写し（Ａ４サイズ）を添付すること。また原本を持参し、健康福祉事務所（保健所）職員に提示すること。