

品川区保健所長殿

開設者 住 所

氏 名

印

電話番号 ( )

F A X ( )

( 法人にあっては、名称、主たる  
事務所の所在地及び代表者氏名 )

**診療所、歯科診療所又は助産所従事者変更届**

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

名 称						
所 在 地	品川区		丁目		番 号	
	電話番号 ( )		FAX ( )			
開設許可 (届出) 年月日 及び番号	平成 年 月 日				第 号	
変更事項						
職 種	氏 名	臨床研修等修 了登録年月日	免許証番号 登録年月日	就退職 の別	就退職年月日	摘 要
		年 月 日	第 年 月 日	就・退	年 月 日	
		年 月 日	第 年 月 日	就・退	年 月 日	
		年 月 日	第 年 月 日	就・退	年 月 日	
		年 月 日	第 年 月 日	就・退	年 月 日	
		年 月 日	第 年 月 日	就・退	年 月 日	

(全体の従業者数)

職 種	医 師	歯 科 医 師	薬 劑 師	保 健 師	助 産 師	看 護 師	准 看 護 師	放 射 線 技 師	歯 科 衛 生 士	歯 科 技 工 士	臨 床 検 査 技 師				そ の 他	計
変更前																
変更後																

- (注) 1.新たに従事する医師、歯科医師、助産師の免許証の写しを添付又は本証を提示すること。  
 2.摘要欄には、医師、歯科医師の担当診療科名及び診療日時を記入すること。  
 3.医師、歯科医師については、臨床研修修了登録証 (H16.4以降に免許を取得した医師、H18.4以降に免許を取得した歯科医師のみ)、再教育研修修了登録証 (該当者のみ) 及び免許証の原本を提示すること。  
 4.臨床研修等修了登録年月日欄には、臨床研修修了登録年月日もしくは再教育研修修了登録年月日を記入すること。