第11号の2様式

年　　月　　日

品川区保健所長殿

開設者　住　　所

氏　　名

電話番号　　　（　　　　）

ﾌｧｸｼﾐﾘ番号　　　（　　　　）

法人にあっては、名称、主たる

事務所の所在地および代表者の氏名

診療所（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 | |  | | | | |
| 開設の場所 | | 品川区　　　　　　　　　丁目　　　　番　　　　号  電話番号　　（　　　）　　　ﾌｧｸｼﾐﾘ番号　　（　　　） | | | | |
| 開設許可（届出）年月日  および番号 | | 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 | 第号  年　 月 　日 | 就・退 | 年 　月　 日 |  |
|  |  | 年　月　日 | 第号  年 　月 日 | 就・退 | 年 　月　 日 |  |
|  |  | 年　月　日 | 第号  年 　月　 日 | 就・退 | 年 　月　 日 |  |
|  |  | 年　月　日 | 第号  年 　月 　日 | 就・退 | 年 　月　 日 |  |
|  |  | 年　月　日 | 第号  年 　月　 日 | 就・退 | 年 　月　 日 |  |

（全体の従業者数）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職種 | 医師 | 歯科医師 | 薬剤師 | 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また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および診療日時を記入すること。

3.変更前、変更後の人数は、在籍するすべての職種について記入すること。