

品川区保健所長殿

開設者 住 所

氏 名

印

電話番号 ( )

F A X ( )

( 法人にあつては、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	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. 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。