

診 療 所 従 事 医 師 変 更 届 出 書

令和 年 月 日

堺市保健所長 様

開設者住所.....

氏名.....

.....印

下記のとおり、診療所従事医師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 開設者の住所・氏名	住 所								
	氏 名								
	電 話	()							
2 診療所の名称	(フリガナ)								
3 開設の場所	開設場所	〒							
	電 話	()			FAX	()			
4 現に診療に従事している医師・歯科医師の氏名・担当診療科名・診療日・診療時間の変更	新	氏名	担当診療科	診療日				診療時間	
				月	火	水	木		金
	旧								: ~ :
									: ~ :
									: ~ :
									: ~ :
変更年月日		令和 年 月 日							
変更理由									

堺市保健所受付印

様式 1 2

	従事医師名	担当診療科	診療日							診療時間
			月	火	水	木	金	土	日	
5 新たに診療に従事した者 (免許証の原本及び写並びに履歴書を添付)										: ~ :
										: ~ :
										: ~ :
		従事年月日	令和	年	月	日				
										: ~ :
										: ~ :
										: ~ :
		従事年月日	令和	年	月	日				
										: ~ :
										: ~ :
									: ~ :	
	従事年月日	令和	年	月	日					
									: ~ :	
									: ~ :	
									: ~ :	
	従事年月日	令和	年	月	日					
	変更理由									
6 診療を廃止した者	従事医師名	診療廃止年月日			変更理由					
		令和	年	月	日					
		令和	年	月	日					
		令和	年	月	日					
		令和	年	月	日					
		令和	年	月	日					