

診療所従業者定員変更許可申請

年 月 日

明石市長 様

開設者住所 _____
 (法人にあっては主たる事務所の所在地)

(ふりがな)
 開設者氏名 _____
 (法人にあっては、名称及び代表者の職氏名)
 電 話 - - (担当 :)

次のとおり診療所従業者の定員を変更したいので、医療法第7条第2項の規定に基づき申請します。

1 診療所の名称																		
2 診療所の所在地		〒 -																
		TEL - - FAX - -																
3 定員 ※常勤換算し 整数とする	職 種	医 師	歯 科 医 師	薬 剤 師	看 護 師	准 看 護 師	助 産 師	看 護 補 助 者	管 理 栄 養 士 (栄 養 主)	診 療 放 射 線 技 師	歯 科 技 工 士	歯 科 衛 生 士	臨 床 検 査 技 師	理 学 療 法 士	作 業 療 法 士	事 務 員	そ の 他	計
	変更前 (名)																	
	変更後 (名)																	
4 変更の理由																		