

様式第9号（第2条関係）

診療所病床数等変更届出書

年 月 日

（宛先）静岡市保健所長

設置者 住 所〔法人にあっては、その主たる事務所の所在地〕
氏 名〔法人にあっては、その名称及び代表者の職、氏名〕
電 話

次のとおり設置許可事項を変更したので、医療法施行令第4条第2項の規定により届け出ます。

診療所の名称			
開設の場所		設置許可年月日 及び番号	
病床数、病床の種別 ごとの病床数又は 各病室の病床数の 変更内容			
変更年月日			
変更理由			