

診療所開設届出事項中一部変更届出書

令和 年 月 日

大阪市保健所長 様

開設者住所.....

氏名.....

(法人の場合は主たる事務所の所在地、名称、代表者の職名・氏名)

下記のとおり診療所開設届出事項中一部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	()	F A X	()
4. 診療科目				
5. 変更事項	<input type="checkbox"/> ①開設者・管理者の住所・氏名	<input type="checkbox"/> ⑨建物の構造概要及び平面図		
	<input type="checkbox"/> ②診療所の名称	<input type="checkbox"/> ⑩歯科技工室		
	<input type="checkbox"/> ③開設の場所	<input type="checkbox"/> ⑪病床数及び病床の種別ごとの病床数並びに各病室の病床数		
	<input type="checkbox"/> ④診療科目	<input type="checkbox"/> ⑫薬剤師の氏名		
	<input type="checkbox"/> ⑤開設者が他に開設、管理又は勤務する病院、診療所	<input type="checkbox"/> ⑬診療に従事する医師・歯科医師の氏名、担当診療科目、診療日、診療時間		
	<input type="checkbox"/> ⑥同時に2以上開設する場合その旨	<input type="checkbox"/> ⑭診療所の診療日・診療時間		
	<input type="checkbox"/> ⑦従業者の定員	<input type="checkbox"/> ⑮オンライン診療の実施		
	<input type="checkbox"/> ⑧敷地面積及び平面図	<input type="checkbox"/> ⑯その他		
6. 変更理由				
7. 変更年月日	令和	年	月	日

※裏面あり

保健福祉センター受付印	大阪市保健所受付印	施設番号

様 式 10

8. 変更内容			新	旧
① 開設者・管理者 住所氏名	住所		〒	〒
	氏名			
	電話	()	()	()
② 診療所の名称		(フリガナ)	(フリガナ)	
③ 開設の場所			〒	〒
④ 診療科目				
⑤ 開設者が他に 開設、 管理又は勤務 する 病院 診療所	他開設	住 所	〒	〒
		名 称		
	他管理	住 所	〒	〒
		名 称		
	他勤務	住 所	〒	〒
		名 称		
⑥同時に2以上 開設する旨		開設場所	〒	〒
		名 称		
⑦従事者の定員	医 師		人	人
	歯 科 医 師		人	人
	薬 剤 師		人	人
	看 護 師		人	人
	准 看 護 師		人	人
	歯 科 技 工 士		人	人
	そ の 他		人	人
	計		人	人
⑧敷地面積及び平面図			m ² (別紙平面図のとおり)	m ² (別紙平面図のとおり)

様式10

⑨建物の構造概要及び平面図	変更内容	<input type="checkbox"/> ①新・増築			<input type="checkbox"/> ②建物の除却		
		<input type="checkbox"/> ③各室の用途変更・改造			<input type="checkbox"/> ④構造設備の改造		
	①新・増築		新	旧	変更面積	構造種別	
		建築延面積	m ²	m ²	m ²	造	
		診療所面積	m ²	m ²	m ²		
新・増築建物の構造概要							
階別	記号	室名			床面積		
②建物の除却		新	旧	変更面積	構造種別		
	建築延面積	m ²	m ²	m ²	造		
	診療所面積	m ²	m ²	m ²			
	③各室の用途変更改造	階数	新			旧	
			記号	室名	床面積(m ²)	記号	室名
⑩歯科技工室	構造設備概要	新			旧		
	構造種別	造			造		
	床面積	m ²			m ²		
	床張	張			張		
	技工台	有・無			有・無		
	モデルトリマー	有・無			有・無		
レジン重合器	有・無			有・無			
鋳造器	有・無			有・無			
技工用エンジン	有・無			有・無			

様式10

⑬診療に従事する医師・歯科医師の氏名、担当診療科目、診療日、診療時間	現に診療に従事している者	従事医師・歯科医師名									
		診療科目	診療日							診療時間	
			月	火	水	木	金	土	日		
		新								～	
										～	
										～	
	旧								～		
							～				
							～				
変更年月日		年 月 日									
変更理由											
婚姻等により氏名を変更した者	従事医師名	新									
		旧									
	変更年月日		年 月 日								
	変更理由										

⑭診療所の診療日・診療時間	新	診療日							診療時間	休診日
		月	火	水	木	金	土	日		
	旧	診療日							診療時間	休診日
		月	火	水	木	金	土	日		

⑮オンライン診療の実施	新	旧
	有・無	有・無
⑯その他	新	旧

9. 添付書類

- (1) 開設者・管理者の住所・氏名の変更：変更後の開設者・管理者の住所・氏名が確認できる書類（（例）運転免許証の写し、マイナンバーカードの写し（表面のみ））
- (2) 敷地面積の変更：新旧敷地平面図
- (3) 建物の構造概要の変更：新旧建物平面図
- (4) 麻酔科標榜許可書の写し（麻酔科を標榜する場合：原本照合必要）
- (5) 歯科技工室：新旧建物平面図
- (6) 病床数及び病床の種別ごとの病床数並びに各病室の病床数：新旧建物平面図（病床配置が記載されていること）
- (7) 新たに従事する薬剤師の免許証の写し（薬剤師が勤務する場合：原本照合必要）