

診療所従事医師変更届出書

令和 年 月 日

大阪市保健所長 様

開設者住所.....

氏名.....

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	(フリガナ)								
	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. 新たに診療に 従事した医師	(フリガナ) 氏 名	従事 年月日	診療科目	診 療 日						診療時間
				月	火	水	木	金	土	
5. 診療を廃止 した医師	氏 名	診療廃止年月日		変更理由						
6. 添付書類										
(1) 新たに従事する医師又は歯科医師の免許証の写し及び臨床研修修了(及び再教育研修修了)登録証の写し(原本照合必要)並びに履歴書										

保健福祉センター受付印	大阪市保健所受付印	施設番号