

様式第3号の3（第2条関係）

診療所病床設置許可事項変更許可申請書			
岩手県知事様	申請年月日	年月日	
	開設者住所 〔法人であるときは、主たる事務所の所在地〕		
	開設者氏名 〔法人であるときは、名称並びに代表者の職名及び氏名〕		
診療所の名称			
診療所の所在地			
診療所開設許可（開設）年月日		年月日	
（療養）病床設置許可年月日		年月日	許可番号
変更事項（該当事項を○で囲むこと。）	1 医師、看護師その他の従業者の定員（療養病床を有する診療所のみ）		
	2 医療法第21条第2項第2号及び第3号までに掲げる施設並びに医療法施行規則第21条の4第1項に掲げる施設の構造整備の概要（療養病床を有する診療所のみ）		
	3 病床に係る病床数及び病床に係る各病室の病床数		
変更理由			
変 更 前		変 更 後	

注1 変更事項が2又は3に該当する場合は、建物の平面図を添付すること。

2 変更事項が3に該当する場合において、病室の病床数を減少させるものであるときは、様式第3号の4によること。