別記第５号様式（第２条関係）

　病院（診療所・助産所）病床数等変更許可申請書

年　　月　　日

熊本県　　　　　保健所長　様

開設者　住所　〒

電話番号

氏名

法人にあっては、名称、代表者の氏名及び主たる事務所の所在地

医療法第７条第２項の規定により次のとおり病院（診療所・助産所）の病床数等の変更の許可を受けたいので、申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 病院（診療所・助産所）の名称 |  | |
| 開設の場所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | |
| 変更事項 |  | |
| 変更内容 | 変更前 | 変更後 |
|  |  |
| 変更理由 |  | |
| 変更予定年月日 |  | |

（注）様式中不要の文字は、使途に従い抹消してください。