

様式第3号の4（第2条関係）

診療所病床設置許可事項変更届			
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		年月日	
（療養）病床設置許可年月日		年月日	許可番号
変更理由			
変更前		変更後	

備考 病室の病床数を減少させる場合にのみ記載すること。