様式３

病院（診療所・助産所）開設許可変更申請書

令和〇年　〇月　〇日

（宛先）札幌市保健所長

開設者　住所
氏名

法人の事務所所在地、法人名、
法人の代表者氏名を記入する。

（法人にあっては、その名称、主たる事務所所在地及び代表者氏名）

病院（診療所・助産所）開設許可事項の変更の許可を受けたいので、医療法第7条第2項の規定により、次のとおり申請します。

記

1　名称　〇〇〇〇病院

2　所在地　札幌市〇〇区〇〇条〇丁目〇－〇

不明な場合は、記載不要

3　開設許可年月日及び番号　平成〇年〇月〇日札保医許可〇号

4　変更しようとする理由　〇〇〇〇のため

5　変更しようとする事項

(1) 従来の許可事項の内容　別紙のとおり

(2) 変更しようとする事項の内容　別紙のとおり

6　変更の予定年月　令和〇年〇月

注1　構造変更（増改築）、模様替え又は各室の用途の変更をしようとするときは、様式1又は様式2の該当項目に準じて5(1)及び(2)の事項を記入してください。

2　変更前と変更後の状況を明示した縮尺200分の1以上の平面図を添付してください。

備考　この様式により難いときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。

別紙

○建物の構造概要及び平面図

(1) 建物の構造概要

ア　総体

（変更前）

構造	階数	建築面積	延べ面積
		㎡	㎡

（変更後）

構造	階数	建築面積	延べ面積
		㎡	㎡

イ　各室の仕様

棟（階）別	室の名称		床面積 ㎡	構造概要				防火危害防止に係る構造設備の概要
	変更前	変更後		床	腰	壁	天井	
1	事務室	第２診察室	10㎡	ビニルクロス	ビニルクロス	ビニルクロス	ビニルクロス	スプリンクラー
1	事務室	第２処置室	10㎡	ビニルクロス	ビニルクロス	ビニルクロス	ビニルクロス	スプリンクラー
1	事務室	臨床検査室２	10㎡	ビニルクロス	ビニルクロス	ビニルクロス	ビニルクロス	スプリンクラー

変更する室名の前後を記入し、その他必要事項を記入する。

別紙

○主要室及び主要施設の概要

（1）各科専門の診察室

変更前：既存の診察室を全て記入する
変更後：変更後の診察室を全て記入する
（備考に、標榜する診療科目を記入する）

（変更前）

室名	床面積	備考
第１診察室	5m^2	内科
	m^2	

（変更後）

室名	床面積	備考
第１診察室	5m^2	内科
第２診察室	10m^2	眼科

（2）処置室

変更前：既存の処置室を全て記入する
変更後：変更後の処置室を全て記入する
（備考に、標榜する診療科目を記入する）

（変更前）

室名	床面積	備考
処置室	5m^2	内科、眼科
	m^2	

（変更後）

室名	床面積	備考
処置室	5m^2	内科、眼科
第２処置室	10m^2	内科、眼科

（4）臨床検査施設その他の検査施設

ア　臨床検査施設

変更前：既存の臨床検査室を全て記入する
変更後：変更後の臨床検査室を全て記入する

（変更前）

室名	床面積	機械器具の名称及び数	防火設備
臨床検査室１	8m^2	顕微鏡１台	有・無
	m^2		有・無

（変更後）

室名	床面積	機械器具の名称及び数	防火設備
臨床検査室１	8m^2	顕微鏡１台	有・無
臨床検査室２	10m^2	自動血球計数機１台	有・無