様式４

# 病院（診療所・助産所）開設変更届

令和〇年　〇月　〇日

（宛先）札幌市保健所長

開設者　住所　札幌市〇〇区〇〇〇

個人宅の住所を記入すること

氏名　〇〇　〇〇

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

医療法施行令第4条第1項、第2項若しくは第3項又は第4条の2第2項の規定により、次のとおり病院（診療所・助産所）開設許可（届出）事項の一部を変更したので、届け出ます。

記

1　名称　〇〇〇診療所

2　所在地　札幌市〇〇区〇〇〇

3　開設許可（届出）年月日及び番号　平成〇年〇月〇日札保医届出〇号

不明な場合は、記載不要

4　変更した理由　〇〇〇〇のため

5　変更した事項

(1) 従来の許可（届出）の内容　別紙のとおり

(2) 変更した内容　別紙のとおり

6　変更年月日　令和〇年〇月〇日

注1　臨床研修等修了医師（臨床研修等修了歯科医師・助産師）が開設した診療所（助産所）の構造変更（増改築）、模様替え又は各室の用途の変更をしたときの届出である場合は、様式6又は様式7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　構造等の変更をしたときの届出である場合は、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。

3　診療（業務）に従事する医師（歯科医師）、薬剤師若しくは助産師の変更、管理者の変更又は分娩を取扱う助産所における医療法施行規則第15条の2第1項の医師、同条第2項の病院若しくは診療所若しくは同条第3項の病院若しくは診療所（以下「嘱託医師等」という。）の変更をしたときの届出である場合は、様式5、様式6又は様式7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。

4　病院（診療所）の管理者を変更した場合の届出であるときは、変更後の管理者に係る医師法第16条の6第2項又は歯科医師法第16条の4第2項の臨床研修修了登録証の写しを添付してください。ただし、当該管理者が医療法等の一部を改正する法律（平成12年法律第141号）附則第8条又は第11条の規定により医師法第16条の6第1項

又は歯科医師法第16条の4第1項の規定による登録を受けた者とみなされる者である場合は、医師免許証又は歯科医師免許証の写しを添付してください。

5　助産所の管理者を変更したときの届出である場合は、助産師免許証の写し又は助産師名簿の謄本を添付してください。

6　助産師が開設者である助産所の業務に従事する助産師を変更したときの届出である場合は、新たに業務に従事する助産師の助産師免許証の写し又は助産師名簿の謄本を添付してください。

7　臨床研修等修了医師又は臨床研修等修了歯科医師が開設者である診療所の診療に従事する医師又は歯科医師を変更したときの届出である場合は、新たに診療に従事する医師又は歯科医師の医師免許証又は歯科医師免許証の写しを添付してください。

8　分娩を取り扱う助産所において嘱託医師等を変更した場合の届出であるときは、変更後の嘱託医師等について、嘱託医師等に嘱託した旨の書類の写し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 | 検査室 | 内視鏡検査室 | 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 |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

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

(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)

| 室名 | 床面積 | 機械器具の名称及び数 | 防火設備 |
|---|---|---|---|
| | $m^2$ | | 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 |
|---|---|---|---|
| | $m^2$ | | 有・無 |
| | $m^2$ | | 有・無 |

イ　その他の検査施設

(変更前)

| 室名 | 床面積 | 機械器具の名称及び数 | 防火設備 |
|---|---|---|---|
| 検査室 | $15m^2$ | 内視鏡 | 有・無 |
| MRI室 | $20m^2$ | MRI　1台 | 有・無 |

(変更後)

| 室名 | 床面積 | 機械器具の名称及び数 | 防火設備 |
|---|---|---|---|
| 内視鏡検査室 | $15m^2$ | 内視鏡 | 有・無 |
| MRI室 | $20m^2$ | MRI　1台 | 有・無 |

変更前：既存のその他の検査施設を全て記入する
変更後：変更後のその他の検査施設を全て記入する