

病 院
診療所開設許可事項変更許可申請書
助産所

年 月 日

いわき市長 様

住所（所在地）

申請者 氏名（名称及び代表者氏名）

㊟

電話番号

注意 □のある欄は、該当する箇所に☑印を付けてください。

区 分	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 助産所	
名 称		
所 在 地	電話番号	
変更の内容	変更事項	
	変更前	
	変更後	
変更の理由		
変更予定年月日	年 月 日	

備考 敷地の面積又は建物の構造概要の変更については、新旧の平面図を添付してください。