

病院
診療所
助産所
開設許可
届出
事項変更届

年 月 日

いわき市長 様

住所（所在地）

届出者 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~~レ~~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
施 設	名 称			
	開 設 の 場 所	電話番号		
変 更 の 内 容	変 更 事 項			
	変 更 前			
	変 更 後			
変 更 年 月 日		年 月 日		

備考 変更の内容を証する書類を添付してください。