明診　様式第４号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（開設者が**医療法人等、**医師・歯科医師以外の場合）

**診療所従業者定員変更許可申請**

　　　　年　　月　　日

明石市長　様

開設者住所

（法人にあっては主たる事務所の所在地）

（法人にあっては、名称及び代表者の職氏名）

電 話 － － （担当：　　　）

次のとおり診療所従業者の定員を変更したいので、医療法第７条第２項の規定に基づき申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| １　 |  |
| ２　診療所の所在地 | 〒　　　－　　　　TEL　　　　-　　　　-　　　　　FAX　　　　-　　　　-　　　　 |
| ３　定　員※常勤換算し整数とする | 職　　種 | 医　　師 | 歯科医師 | 薬 剤 師 | 看 護 師 | 准看護師 | 助 産 師 | 看護補助者 | 管理栄養士（栄養士） | 診療放射線技師 | 歯科技工士 | 歯科衛生士 | 臨床検査技師 | 理学療法士 | 作業療法士 | 事 務 員 | そ の 他 | 計 |
| 変更前（名） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 変更後（名） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ４　変更の理由 |  |

〔提出数〕2部