別紙

・変更した従事者

職種	氏名	交付者名	免許登録年月日及び登録番号	臨床研修等修了登録年月日	就職・退職年月日	備考	原本確認
		厚生労働大臣・ (　　)知事	年　月　日 第　　号	年 月　日	年　月　日 就職・退職		
		厚生労働大臣・ (　　)知事	年　月　日 第　　号	年 月　日	年　月　日 就職・退職		
		厚生労働大臣・ (　　)知事	年　月　日 第　　号	年 月　日	年　月　日 就職・退職		
		厚生労働大臣・ (　　)知事	年　月　日 第　　号	年 月　日	年　月　日 就職・退職		
		厚生労働大臣・ (　　)知事	年　月　日 第　　号	年 月　日	年　月　日 就職・退職		

1)　医師、歯科医師、助産師及び薬剤師については、原本照合を行うので、免許証の写しに加えて、原本もお持ちください。

2)　医師、歯科医師については、臨床研修修了登録証の写しを添付してください。原本照合をするので、原本をお持ちください。

※歯科医籍登録年月日が平成１８年3月３１日以前の歯科医師、医籍登録年月日が平成１６年3月３１日以前の医師には適用されないため不要です。

3)　備考欄には、医師及び歯科医師の担当診療科目及び診療日時又は助産師の就業日時を記入してください。

・全体の従事者数

職　種	医師	薬剤師	看護師	准看護師	助産師	診療放射線技師	看護補助者	事務員		歯科医師	歯科衛生士	歯科技工士		計
変更前	名	名	名	名	名	名	名	名	名	名	名	名	名	名
変更後	名	名	名	名	名	名	名	名	名	名	名	名	名	名