

様式第19号（第2条関係）

年 月 日	
(提出先) 川越市保健所長	
設置者 住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）	
氏名（法人にあつては、名称及び代表者の職氏名）	
電話番号	
オンライン診療受診施設設置届出事項変更届	
医療法施行令第4条第4項の規定により、次のとおり届け出ます。	
名称	
所在地	電話番号
設置年月日	年 月 日
変更事項（該 当事項を○で 囲むこと。）	1 設置者の住所及び氏名
	2 名 称
	3 設置場所
	4 敷地の面積及び平面図（別紙の添付でも可）
	5 建物の構造概要及び平面図（別紙の添付でも可）
	6 開設者が法人であるときは、定款・寄附行為又は条例
変更年月日	年 月 日

変更理由	
変更前	
変更後	