

病院・診療所（巡回健診・診療）開設届出書（非医師開設）

令和 年 月 日

堺市保健所長 様

開設者住所

氏名

電話番号

（法人の場合は主たる事務所の所在地、名称、代表者職・氏名）

下記のとおり（巡回健診・診療）開設しましたので医療法施行令第4条の2第1項の規定により届出します。

開設主体となる医療機関の内容

| | | | |
|-------------------|--------|----------|-------|
| 1. 医療機関の 名 称 | (フリガナ) | | |
| 2. 医療機関の 住 所 等 | 開設場所 | 〒 | |
| | 電 話 | | F A X |
| 3. 管 理 者 | 自宅住所 | 〒 | |
| | 氏 名 | 電 話： () | |

【添付書類】

- 管理者の医師免許証の写し（原本持参）
 - 管理者の臨床研修修了登録証の写し、又は臨床研修修了登録証の写し及び再教育研修修了登録証の写し（原本持参）
 - 管理者の履歴書
 - 巡回健診に従事する医師・歯科医師の免許証の写し（原本持参）
 - 巡回健診に従事する医師・歯科医師の臨床研修修了登録証の写し、又は臨床研修修了登録証の写し及び再教育研修修了登録証の写し（原本持参）
 - 巡回健診に従事する医師・歯科医師の履歴書
- ※臨床研修修了登録証の写しは、平成16年4月1日以後に医師免許を受けた者又は平成18年4月1日以後に歯科医師免許証を受けた者について添付が必要

| |
|--------|
| 保健所受付印 |
| |

提出部数：2部

巡回健診に関する内容

| | | | | |
|---|--------------------------|-----|------------|--------------------------|
| 4. 開設許可年月日 及び許可番号 | 令和 年 月 日 堺保医第 ー 号 | | | |
| 5. 実施年月日 及び診療時間 | | | | |
| 6. 実施場所の 住 所 | | | | |
| 7. 実施対象者 及び人数 | | | | |
| 8. 巡回健診に従事する医師・ 歯科医師の氏名 | 職種 | | 医師・歯科医師の氏名 | |
| | <input type="checkbox"/> | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ● 管理者にあたる実施責任者には、□にレ点を記入すること。 実施責任者は、医療法及びこれに基づく法令の管理者に関する規定に則って巡回健診等を管理すること。 | | | | |
| 9. 巡回健診に従事する者の数 | 診療放射線技師 | 看護師 | その他の従事者 | 免許証の確認 |
| | | | | <input type="checkbox"/> |

9については、巡回健診等に従事する医療従事者の免許証等の確認を行い、確認できている場合は□にレ点を記入すること。