

診療所開設届出書（非医師開設）

令和 年 月 日

堺市保健所長 様

開設者住所.....

氏名.....

印

(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、診療所を開設しましたので、医療法施行令第4条の2第1項及び同法施行規則第3条第1項の規定により届出します。

1 開設者住所・氏名	住 所			
	氏 名			
	電 話	()		
2 診療所の名称	(フリガナ)			
3 開設の場所	開設場所	〒		
	電 話	()	FAX	()
4 開設許可年月日	令和 年 月 日			
5 許可番号	堺保医第 一 号			
6 開設年月日	令和 年 月 日			

堺市保健所受付印

様式 3

7 管理者 (臨床研修修了登録証の 原本及び写並びに履歴書 を添付) (臨床研修が必修化される 以前に医籍又は歯科医籍 登録した者については 免許証の原本及び写 並びに履歴書を添付)	自宅住所	電話： ()							
	氏 名								
8 診療に従事する 医師・歯科医師 (免許証の原本及び写 並びに履歴書を添付)	従事医師名	診療科目	診 療 日					診 療 時 間	
			月	火	水	木	金		土
								: ~ :	
								: ~ :	
								: ~ :	
								: ~ :	
								: ~ :	
								: ~ :	
								: ~ :	
								: ~ :	
								: ~ :	
								: ~ :	
9 薬剤師の氏名									
10 外来診療日・ 診療時間	外来診療日							外来診療時間	休 診 日
	月	火	水	木	金	土	日		
								: ~ :	
								: ~ :	
							: ~ :		

【留意事項】

管理者が医師法第 7 条の 2 第 1 項の規定による厚生労働大臣の命令又は歯科医師法第 7 条の 2 第 1 項の規定による厚生労働大臣の命令を受けた者である場合にあつては、臨床研修修了登録証及び再教育研修修了登録証の原本及び写を添付