

様式 1

診療所開設届出書（医師開設）

令和 年 月 日

堺市保健所長 様

開設者住所.....

氏名.....

印

下記のとおり、診療所を開設しましたので、医療法第8条及び同法施行規則第4条の規定により届出します。

| | | | | |
|---|------------------------------|------|-----|-----|
| 1 開設者の住所・氏名 (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) | 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 開設年月日 | 令和 年 月 日 | | | |
| 5 診療科目 | | | | |
| 6 開設者が現に開設、管理又は勤務する病院、診療所 | 他に開設している病院、診療所の開設場所、名称 | 開設場所 | | |
| | | 名 称 | | |
| | 他に管理している病院、診療所の開設場所、名称 | 開設場所 | | |
| | | 名 称 | | |
| | 他に勤務している病院、診療所の開設場所、名称 (同意書) | 開設場所 | | |
| | | 名 称 | | |

【留意事項】

開設者及び管理者が医師法第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っては、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

堺市保健所受付印

提出部数 2部

様式 1

| | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------------|----------------|-------|-----|----------------|-----|---|---------|---|---|-------|---|
| 7 同時に2以上の 病院又は診療所を 開設しようとする 場合その旨 | 開設場所 | | | | | | | | | | | |
| | 名 称 | | | | | | | | | | | |
| 8 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 | | | | | | | | | | | |
| 9 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 | : | ~ | : | | |
| | | | | | | | | : | ~ | : | | |
| | | | | | | | | : | ~ | : | | |
| 10 従業員の定員 | 医 師 | 歯科医師 | 薬剤師 | 看護師 | 看護補助 | その他 | 計 | | | | | |
| | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | | | | | |
| 11 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 | 日 | : | ~ | : |
| | | | | | | | | | | : | ~ | : |
| | | | | | | | | | | : | ~ | : |
| | | | | | | | | | | : | ~ | : |
| | | | | | | | | | | : | ~ | : |
| | | | | | | | | | | : | ~ | : |
| | | | | | | | | | | : | ~ | : |
| 12 敷地の面積 | m ² 別添敷地平面図1のとおり | | | | | | | | | | | |
| 13 周囲の見取図 | 別添見取図2のとおり | | | | | | | | | | | |
| 14 建物の構造概要 及び平面図 | 建物延床面積 | m ² | | | | | | | | | | |
| | うち診療所面積 | m ² | | | | | | | | | | |
| | 構 造 種 別 | 造 (階建 階部分) | | | | | | | | | | |
| | 平 面 図 | 別添平面図3のとおり | | | | | | | | | | |
| 15 病室数及び病床数 | 病 室 数 | 室 | | | | | | | | | | |
| | 病 床 数 | 床 (うち療養病床 床) | | | | | | | | | | |
| 16 歯科技工室の概要 | 施 設 の 有 無 | 有 ・ 無 | | | 技 工 台 | | | 有・無 | | | | |
| | 構 造 種 別 | | | | モデルトリマー | | | 有・無 | | | | |
| | 床 面 積 | | | | m ² | | | 有・無 | | | | |
| | 床 張 | | | | 張 | | | 有・無 | | | | |
| 17 薬剤師の氏名 | | | | | | | | | | | | |