

年 月 日

（あて先）八戸市保健所長

郵便番号
開設者 住 所
氏 名
（法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名）
電話番号

診療所・助産所開設届

年 月 日付け八戸市保健指令第 号で開設の許可を受けた診療所・助産所を開設したので、医療法施行令第4条の2第1項及び医療法施行規則第3条第1項の規定により、次のとおり届け出ます。

診療所・助産所の名称等	名称					
	所在地	〒 (電話) (FAX)				
	開設年月日	年 月 日				
管理者の住所及び氏名等	氏名 (ふりがな)					
	住所					
	臨床研修等修了 又は医籍（歯科 医籍、助産師籍） 登録	番号				
		年月日				
診療に従事する医師（歯科医師）の氏名、担当診療科目等	氏名 (ふりがな)					
	担当診療科目					
	診療に従事する日（曜日）					
	診療時間					
	医籍（歯科医籍）登録	番号				
		年月日				
備考						

師 の 氏 名 等	氏名 (ふりがな)				
	薬剤師名 簿登録	番号			
		年月日			
助産所の 場合のみ	嘱託 医師	氏名 (ふりがな)			
		住所			
		生年月日			
		医籍登録	番号		
			年月日		
	助産師	氏名 (ふりがな)			
		住所			
		生年月日			
		助産師籍 登録	番号		
			年月日		
連絡 先等	名称				
	所在地		〒		
			(電話)	(FAX)	
担当者職氏名					

添付書類

- 1 管理者の臨床研修修了登録証又は免許証の写し及び診療に従事する医師又は歯科医師の免許証の写し並びに業務に従事する薬剤師又は助産師の免許証の写し
- 2 助産所にあつては、嘱託医師になる旨の承諾書及び免許証の写し
- 3 (開設時の) 従業員名簿(氏名、職名、免許番号(有資格の医療従事者)、担当診療科名、常勤・非常勤の別(非常勤にあつては、月当たりの勤務日数及び勤務時間数並びに本務先)を記載したもの)
- 4 麻酔科を標榜した場合は、麻酔科標榜許可証の写し