

年 月 日

世田谷区世田谷保健所長あて

住所
開設者
氏名

電話番号 ()
ファクシミリ番号 ()

〔法人にあつては、名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名〕

診療所、歯科診療所 又は 助産所 開設届

年 月 日付 第 号で開設の許可を受けた診療所、歯科診療所又は助産所を開設したので、医療法施行令第4条の2第1項の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

1 名 称					
2 所 在 地	電話番号 () ファクシミリ番号 ()				
3 開設年月日	年 月 日				
4 管 理 者					
現 住 所					
氏 名					
免許証番号及び登録年月日	第 年 月 日	号	保健所担当者確認欄		
臨床研修等修了登録年月日	年 月 日		保健所担当者確認欄		
5 診 療 日 時					
6 診療に従事する医師（歯科医師）の氏名、担当診療科目及び診療日時					
氏 名	担当診療科目	診 療 日 時	免許証番号 及び登録年月日	臨床研修等 修了登録年月日	保健所担当者 確 認 欄

(裏)

7 業務に従事する助産師の氏名及び勤務日時				
氏名	勤務日時	免許証番号及び登録年月日	保健所担当者確認欄	
8 嘱託医師及び病院又は診療所（助産所に限る。）				
省令第15条の2第1項に規定する医師又は同条第2項に規定する病院若しくは診療所	氏名			
	住所			
	免許証番号及び登録年月日	第 年 月 日	保健所担当者	確認欄
	臨床研修等修了登録年月日	年 月 日	保健所担当者	確認欄
	病院又は診療所の名称及び所在地			
省令第15条の2第3項に規定する病院又は診療所	嘱託する病院又は診療所の名称及び所在地			
9 医療従事者（薬剤師、看護師、准看護師、診療放射線（エックス線）技師等				
職種	氏名	免許証番号	登録年月日	保健所担当者確認欄
10 その他の従業者				
事務員	看護補助者	その他	計	
名			名	
11 添付書類				
<p>(1) 管理者の免許証の写し、臨床研修修了登録証^(注2、3)の写し及び職歴書</p> <p>(2) 診療に従事する医師又は歯科医師の免許証の写し及び臨床研修修了登録証^(注2、3)の写し</p> <p>(3) 業務に従事する助産師の免許証の写し</p> <p>(4) 嘱託医師の免許証の写し、臨床研修修了登録証^(注2)の写し及び嘱託した旨の書類（助産所に限る。）</p> <p>(5) 病院又は診療所に嘱託した旨の書類（助産所に限る。）</p> <p>(注1) 免許証の写し及び臨床研修修了登録証の写しの添付は、本証の提示確認に代えることができる。提示確認の場合は、該当欄に保健所担当者の確認印を受けること。</p> <p>(注2) 平成16年4月1日において現に医師免許を受けている者及び同日前に医師免許の申請を行った者であって同日以後に医師免許を受けたものは、医療法等の一部を改正する法律（平成12年法律第141号。以下「平成12年改正法」という。）第2条の規定による改正後の医療法及び平成12年改正法第4条の規定による改正後の医師法の適用については、同法第16条の6第1項の規定による登録を受けた者とみなす。</p> <p>(注3) 平成18年4月1日において現に歯科医師免許を受けている者及び同日前に歯科医師免許の申請を行った者であって同日以後に歯科医師免許を受けたものは、平成12年改正法第3条の規定による改正後の医療法及び平成12年改正法第5条の規定による改正後の歯科医師法の適用については、同法第16条の4第1項の規定による登録を受けた者とみなす。</p>				