（表）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 葛飾区保健所長 あて | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | 住 所 | | | | | | |
| 開設者 | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | 氏 名 | | | | | | |
|  | | | | | | 電話番号 　　（ ）  ﾌｧｸｼﾐﾘ番号 　　（ ） | | | | | | |
| 〔 | | | | | | | 法人にあっては、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 | | ふりがな | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| ２ | 開設の場所 | | 葛飾区  電話　　　（　　　　）　　　　　　ＦＡＸ　　　（　　　　） | | | | | | | | | |
| ３ | 診療科名 | |  | | | | | | | | | |
| ４ | 開設年月日 | | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | |
| ５　管 理 者 | 現住所 | | 電話　　　（　　　　）　　　　　　ＦＡＸ　　　（　　　　） | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | |
| 臨床研修等修了  登録年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | 確認欄 | |  |
| 免許証番号及び  登録年月日 | | 第　　　　　　　　号 | | 年　　　月　　　日 | | | | | 確認欄 | |  |
| ６ | 診療日時 | |  | | | | | | | | | |
| ７ | 診療に従事する医師（歯科医師）の氏名、担当診療科名及び医籍の登録事項 | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | 担当診療科名 | | 診療日時 | | | | 医 籍 の 登 録 事 項 | | | | 確認欄 |
| 臨床研修等  修了登録年月日 | 免許証番号及び  登録年月日 | | |
|  | |  | |  | | | | 年 月 日 | 第　　　　　 号  年 月 日 | | |  |
|  | |  | |  | | | | 年 月 日 | 第　　　　　 号  年 月 日 | | |  |
|  | |  | |  | | | | 年 月 日 | 第　　　　　 号  年 月 日 | | |  |
|  | |  | |  | | | | 年 月 日 | 第　　　　　 号  年 月 日 | | |  |

（裏）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ８ | 業務に従事する助産師の氏名及び勤務日時 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　　　名 | | | | | | | | | | 免許証登録年月日 | | | | | | | | 免許証番号 | | | | | | | | 確認欄 | |
|  | | | | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | 第　　　　　　　　　　　号 | | | | | | | |  | |
| ９ | 嘱託医師及び病院又は診療所（助産所の場合） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現住所 | | | | | | | | 電話　　　（　　　　）　　　　　　ＦＡＸ　　　（　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 臨床研修等  登録年月日 | | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | 確認欄 | | |  | |
| 免許証番号及び  登録年月日 | | | | | | | | 第　　　　　　　　　　　号 | | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | 確認欄 | | |  | |
| 病院又は診療所 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | 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 | | | | | | | 免許証登録年月日 | | | | | | | 免許証番号 | | | | | | | 確認欄 | |
|  | | | | |  | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | 第　　　　　　　　　号 | | | | | | |  | |
|  | | | | |  | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | 第　　　　　　　　　号 | | | | | | |  | |
|  | | | | |  | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | 第　　　　　　　　　号 | | | | | | |  | |
|  | | | | |  | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | 第　　　　　　　　　号 | | | | | | |  | |
| 11 | 従業者定員 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医師 | | | 薬剤師 | 看護師 | | 准看護師 | | | 助産師 | | 診療放射線  技師 | | エックス線  技師 | 看護補助者 |  | |  | | | 歯科医師 | 歯科衛生士 | 歯科技工士 | |  | 事務員 | | 計 |
|  | | |  |  | |  | | |  | |  | |  |  |  | |  | | |  |  |  | |  |  | |  |
| 名 | | | 名 | 名 | | 名 | | | 名 | | 名 | | 名 | 名 | 名 | | 名 | | | 名 | 名 | 名 | | 名 | 名 | | 名 |
| 12 | | 添付書類 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **詳細は「診療所・歯科診療所（医療法人開設）新規開設申請の注意事項」を確認してください。**  (1) 管理者の臨床研修等修了登録証(注1･2･3)及び免許証(注1)並びに職歴書（写真添付）(注4)  (2) 管理者が医療法人の理事であることを確認できる書類（定款の写し、議事録等）  (3) 診療に従事する医師又は歯科医師の臨床研修等修了登録証(注1･2･3)及び免許証  (4) 業務に従事する助産師、その他の医療従事者の免許証  (5) 嘱託医師となる旨の承諾書及び臨床研修等修了登録証(注1･2･3)並びに免許証（助産所に限る）  (6) 嘱託する病院又は診療所の承諾書等（助産所に限る）  （注1)　臨床研修等修了登録証及び免許証は、原本と照合のため本証を持参すること。  （注2)　平成16年4月1日現に医師免許を受けている者及びそれ以前に医師免許の申請を行った者であって平成16年4月1日以後に医師免許を受けた者は、医師法第二条の規定による改正後の医療法及び第四条の規定による改正後の医師法の適用については、同法第十六条の四第一項の規定による登録を受けた者とみなす。  （注3） 平成18年4月1日現に歯科医師免許を受けている者及びそれ以前に歯科医師免許の申請を行った者であって平成18年4月1日以後に歯科医師免許を受けた者は、歯科医師法第三条の規定による改正後の医療法及び第五条の規定による改正後の歯科医師法の適用については、同法第十六条の四第一項の規定による登録を受けたものとみなす。  （注4)　管理者が当該診療所の休診日に他の医療機関で診療に従事している場合は、当該診療所の管理者就任に関し、その医療機関からの承諾書が必要です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |