

診療所開設届

年 月 日

明石市長 様

開設者住所 _____
(法人にあっては主たる事務所の所在地)

(ふりがな)
開設者氏名 _____
(法人にあっては、名称及び代表者の職氏名)
電 話 - - (担当:)

次のとおり、医療法施行令第4条の2第1項の規定に基づき届け出ます。

| | | | | |
|---|--|---|---------------------------------------|-------|
| 1 | ふりがな 診療所の名称 | | | |
| 2 | 診療所の所在地 | 〒 - TEL - - FAX - - | | |
| 3 | 開設の年月日 | 年 月 日 | | |
| 4 | 管理者 | 住所 | | |
| | | 氏名 | | |
| | | 臨床研修等修了登録証等 ※該当する□内に「✓」を記入する | <input type="checkbox"/> 臨床研修等修了登録証取得 | 年 月 日 |
| 5 | 診療に従事する 医師及び歯科医師 の氏名、担当診療 科目と診療日時 | 氏名 | 担当診療科目 | 診療日時 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 6 | 薬剤師の氏名 | 専属薬剤師設置免除許可: <input type="checkbox"/> 許可あり <input type="checkbox"/> 許可なし ※ 医師が常時3名以上勤務する場合 | | |

[提出数] 2部 (1部申請者控え) [提出日] 開設後10日以内

[添付書類] 開設許可申請時から変更がなければ省略可

- 管理者となる医師・歯科医師の履歴書、免許証の写し (A4サイズ 原本照合が必要)
- 管理者となる医師・歯科医師の臨床研修等修了登録証の写し (A4サイズ 原本照合が必要)
- ※ 医師免許平成16年3月31日以前、歯科医師免許平成18年3月31日以前取得の場合不要
- 従事する医師・歯科医師・薬剤師の免許証の写し (A4サイズ)

