

診療所開設届出書（非医師（法人等）開設）

年 月 日

豊 中 市 長

開設者住所.....

氏名.....

電話.....（ ）.....

（法人の主たる事務所の所在地、名称、代表者職・氏名）

下記のとおり、診療所を開設しましたので、医療法施行令第4条の2第1項の規定により届出します。

1. 診療所の 名 称	(フリガナ)									
2. 開設の場所	開設場所	〒								
	電 話	()		F A X	()					
	E-mail									
	※記載いただいた E-mail アドレス宛に保健所からご連絡を差し上げることがあります。									
3. 診療科目										
4. 開設許可年月日	年 月 日									
5. 指 令 番 号	豊中市指令豊健安 第 号									
6. 開 設 年 月 日	年 月 日									
7. 管 理 者 (免許証の写・臨床 研修修了登録証 の写、又は臨床研 修修了登録証の 写及び再教育研 修修了登録証の 写・履歴書添付)	自宅住所	電話： ()								
	氏 名									
8. 診療に従事する 医師・歯科医師 (免許証の写・臨床 研修修了登録証の 写、又は臨床研修 修了登録証の写及び再 教育研修修了登録証 の写・履歴書添付)	従事医師名	診療科目	診 療 日						診療時間	
			月	火	水	木	金	土		日
										～
										～
										～
										～

※保健所受付印

様 式 3

	従事医師名	診療科目	診 療 日							診療時間
			月	火	水	木	金	土	日	
8. 診療に従事する 医師・歯科医師 (免許証の写・臨床研修 修了登録証の写、又 は臨床研修修了登 録証の写及び再教 育研修修了登録証 の写・履歴書添付)										～
										～
										～
										～
										～
										～
										～
										～
										～
										～
										～
										～
9. 薬剤師が勤務 するときは、 その氏名										～
										～
										～
10. 診療所の 診療日・ 診療時間	診療日							診療時間	休 診 日	
	月	火	水	木	金	土	日			
								: ~ :		
								: ~ :		
							: ~ :			

【添付書類】

- 管理者の医師・歯科医師免許証の写（原本持参）
- 管理者の臨床研修修了登録証の写（※）、
又は臨床研修修了登録証の写（※）及び再教育研修修了登録証の写（原本持参）
- 管理者の履歴書（押印不要）
- 従事する医師・歯科医師の免許証の写（原本持参）
- 従事する医師・歯科医師の臨床研修修了登録証の写（※）、
又は臨床研修修了登録証の写（※）及び再教育研修修了登録証の写（原本持参）
- 従事する医師・歯科医師の履歴書（押印不要）
- 麻酔科を標榜する場合は、標榜許可証の写（原本持参）
- 開設者が医療法人の場合は、管理者を理事に選任した社員総会議事録（写）
又は評議員会議事録（写）

※臨床研修修了登録証の写は、平成 16 年 4 月 1 日以後に医師免許を受けた者又は平成 18 年 4 月 1 日以後に歯科医師免許を受けた者について添付が必要