第6号様式の2(第6条関係)

(表)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　月　　日  東京都多摩立川保健所長　殿 | | | | | | | | | | | | |
| 開設者 | | | | | | | 住所  氏名　　　　　　　　　印 | | | | | |
| 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 | |  | | | | | | | | | | |
| 臨床研修等修了登録年月日 | | 年　月　日 | | 保健所担当者確認欄 | | | | | |  | | |
| 免許証番号及び登録年月日 | | 第　　　　号  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、担当診療科名及び診療日時 | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | 担当診療科名 | | 診療日時 | | 臨床研修等修了登録年月日 | | | | 免許証番号及び登録年月日 | | | 保健所担当者確認欄 |
|  |  | |  | |  | | | |  | | |  |
|  |  | |  | |  | | | |  | | |  |
|  |  | |  | |  | | | |  | | |  |
|  |  | |  | |  | | | |  | | |  |
|  |  | |  | |  | | | |  | | |  |
|  |  | |  | |  | | | |  | | |  |
|  |  | |  | |  | | | |  | | |  |

(日本産業規格A列4番)

(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　嘱託する医師及び病院又は診療所(助産所に限る。) | | | | | | | | | | | | |
| 嘱託医師 | | 氏名 | |  | | | | | | | | |
| 住所 | |  | | | | | | | | |
| 臨床研修等修了登録年月日 | | | | 年　月　日 | | | 保健所担当者確認欄 | | |  |
| 免許証番号及び登録年月日 | | | | 第　　　　号  年　月　日 | | | 保健所担当者確認欄 | | |  |
| 病院又は診療所(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 | | | | | | | | | | | | |
| (1)　管理者の臨床研修等修了登録証の写し、免許証の写し及び職歴書  　(2)　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の写し及び免許証の写し  　(3)　業務に従事する助産師の免許証の写し  　(4)　嘱託医師の臨床研修等修了登録証の写し、免許証の写し及び承諾書(助産所に限る。)  　(5)　嘱託する病院又は診療所の有する診療科名が分かる書類及び承諾書等(助産所に限る。)  　　(注)　臨床研修等修了登録証の写し及び免許証の写しの添付は、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。 | | | | | | | | | | | | |