第７号様式（第６条関係）

年　　月　　日

中野区保健所長　あて

開設者
住　所
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　　日付け　　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　開設の場所		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	電　話　番　号　　（　　） ファクシミリ番号　　（　　）		
	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	
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、診療日時及び医籍の登録事項

氏　　名	担当診療科目	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	

7　業務に従事する助産師の氏名及び勤務日時

氏　　名	診　療　日　時	免許証番号及び登録年月日	確認欄
		第　　号 年　月　日	
		第　　号 年　月　日	

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	電　話　番　号　　（　　） ファクシミリ番号　　（　　）		
	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	
病院又は診療所				

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	免許登録年月日	登録番号	確認欄
		年　月　日	第　　号	
		年　月　日	第　　号	
		年　月　日	第　　号	
		年　月　日	第　　号	
		年　月　日	第　　号	
		年　月　日	第　　号	

１０　その他の従事者

事　務　員	看護助手	そ の 他	計
名	名	名	名

１１　添付書類

⑴　管理者の臨床研修等修了登録証の写し及び免許証の写し並びに職歴書

⑵　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

⑶　業務に従事する助産師の免許証の写し

⑷　嘱託医師となる旨の承諾書及び臨床研修等修了登録証の写し並びに免許証の写し（助産所に限る）

⑸　嘱託する病院又は診療所の承諾書等

（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。