

(様式例)

年 月 日

保健所長 殿

郵便番号

住 所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)

開設者

氏 名 (法人にあっては、名称及び代表者の職氏名)

電話番号

診 療 所 開 設 後 の 届

次のとおり診療所を開設したので、医療法（昭和23年法律第205号）第30条の2，同法施行令（昭和23年政令第326号）第4条の2第1項及び同法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第3条第1項の規定により届け出ます。

ふりがな			
1	名 称		
2 開設 の 場 所	郵便番号		
	所在地		
	電話番号		
	F A X 番号		
3	開設許可年月日 及び指令番号	年 月 日 指令第	号
4	開設の年月日		
5 管理者			
住 所 及 び 氏 名			
臨床研修修了登録証 又は免許証番号 及び登録年月日	第	年 月 日	保健所担当者確認欄（注を参照）

再教育研修修了登録年月日		年 月 日		保健所担当者確認欄(注を参照)		
6 診療に従事する医師及び歯科医師の氏名, 担当診療科名, 診療日及び診療時間						
氏名	職種	担当診療科名	診療日	診療時間	免許証番号及び登録年月日	保健所担当者確認欄(注を参照)
					第 年 月 日 号	
					第 年 月 日 号	
					第 年 月 日 号	
					第 年 月 日 号	
					第 年 月 日 号	
					第 年 月 日 号	
					第 年 月 日 号	
					第 年 月 日 号	
					第 年 月 日 号	
					第 年 月 日 号	
					第 年 月 日 号	
7 業務に従事する助産師の氏名, 勤務の日及び勤務時間						
氏名	勤務の日		勤務時間	免許証番号及び登録年月日	保健所担当者確認欄(注を参照)	
				第 年 月 日 号		
				第 年 月 日 号		
8 薬剤師 (薬剤師が勤務する場合)						
氏名		免許証番号及び登録年月日		保健所担当者確認欄(注を参照)		
		第 年 月 日 号				
9 オンライン診療の実施				□有・□無		

<p>10 添付書類</p>	<p>① 管理者の履歴書及び臨床研修修了登録証の写し（管理者が医師法第7条の2第1項の規定による厚生労働大臣の命令又は歯科医師法第7条の2第1項の規定による厚生労働大臣の命令を受けた者である場合には、再教育研修修了登録証の写しも添付すること。また、平成16年4月1日以前に医師免許を受けている者及び同日前に医師免許の申請を行った者であって同日以後に医師免許を受けた者又は平成18年4月1日以前に歯科医師免許を受けている者及び同日前に歯科医師免許の申請を行った者であって同日以後に歯科医師免許を受けた者である場合には、臨床研修修了登録証の写しの代わりに免許証の写しを添付すること。）</p> <p>② 診療に従事する医師若しくは歯科医師又は業務に従事する助産師の免許証の写し</p> <p>③ 薬剤師の免許証の写し</p> <p>④ オンライン診療を実施する場合には、基準等遵守の確認をするためのチェックリスト（医療機関ver.）（全ての項目を確認し、チェックを記入すること。）</p>
----------------	--

(注) 臨床研修修了登録証の写し、免許証写し及び再教育研修修了登録証の写しの添付は、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署名を受けること。