

別記第7号様式(第5条関係)

年 月 日

(提出先)
足立区足立保健所長

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	住所	
	氏名	
	臨床研修等修了 登録年月日	年 月 日
	免許証番号及び 登録年月日	第 年 月 号 日
	職歴	別添のとおり
5 診療日時		

6 診療に従事する医師(歯科医師)の氏名、担当診療科目名、診療日時等														
氏名	担当診療科目名	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								
管理者			年	月	日	第	年	月	日	号				
			年	月	日	第	年	月	日	号				
			年	月	日	第	年	月	日	号				
			年	月	日	第	年	月	日	号				
7 従事する薬剤師、助産師の氏名、勤務日時等(免許証の写し添付のこと)														
職種	氏名	免許登録年月日・番号			勤務日時(助産師のみ)									
		年	月	日	第	号								
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	住所													
	氏名													
	臨床研修等修了登録年月日	年	月	日	免許証番号及び登録年月日	年	月	日	第	号				
嘱託医療機関	住所	電話番号 ()												
	名称													
9 その他従業者														
看護師	准看護師	放射線技師	エックス線技師	理学療法士	作業療法士	柔道整復師	あん摩マッサージ指圧師	看護補助者	事務員		歯科衛生士	歯科技工士	歯科補助者	計
名														名
添付書類														
(1) 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 (2) 管理者の法人での役職を証する書類(議事録等) (3) 診察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 (4) 業務に従事する助産師・薬剤師の免許証の写し (5) 嘱託する医師の臨床研修等修了登録証の写し及び免許証の写し(助産所に限る) (6) 嘱託した旨の書類(嘱託医師及び嘱託医療機関。助産所に限る) (注1)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。 (注2)平成16年4月1日現に医師免許を受けている者及びそれ以前に医師免許の申請を行った者であって平成16年4月1日以降に医師免許を受けた者は、医師法(昭和23年法律第201号)第16条の4第1項の規定による登録を受けた者とみなし、「臨床研修等修了登録年月日」欄の記入及び「臨床研修等修了登録証の写し」の添付は不要とする(ただし、再教育研修の命令を受けた者を除く)。 (注3)平成18年4月1日現に歯科医師免許を受けている者及びそれ以前に歯科医師免許の申請を行った者であって平成18年4月1日以降に歯科医師免許を受けた者は、歯科医師法(昭和23年法律第202号)第16条の4第1項の規定による登録を受けた者とみなし、「臨床研修等修了登録年月日」欄の記入及び「臨床研修等修了登録証の写し」の添付は不要とする(ただし、再教育研修の命令を受けた者を除く)。														