

診療所開設届出書（非医師（法人等）開設）

令和 年 月 日

(宛先) 寝屋川市保健所長

開設者住所.....

氏名.....

電話.....(.....)

(法人の事務所の所在地、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	所在地	〒	
	電話	( )	FAX ( )
3. 診療科目			
4. 開設許可年月日	令和 年 月 日		
5. 許可番号	健総第 号		
6. 開設年月日	令和 年 月 日		
7. 管理者	自宅住所	電話: ( )	
	氏名		

※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 (管理者を含む)										:	~	:
										:	~	:
										:	~	:
										:	~	:
										:	~	:
										:	~	:
										:	~	:
										:	~	:
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	:	~	:		
								:	~	:		
								:	~	:		
11. オンライン診療の 実施	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無											

【添付書類】

- 1 全ての医師・歯科医師の免許証の写（原本持参）
- 2 全ての医師・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）
- 3 全ての医師・歯科医師の履歴書
- 4 薬剤師が勤務する場合は、薬剤師の免許証の写し（原本持参）
- 5 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）
- 6 管理者がやむを得ず他の病院等に勤務する必要がある場合は、勤務先管理者（院長等）の同意書
- 7 基準等遵守の確認をするためのチェックリスト（新たにオンライン診療を実施する場合）

※ 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