

## 診療所開設届

年 月 日

尼崎市保健所長 様

〒 ー  
開設者住所 \_\_\_\_\_  
(法人にあっては主たる事務所の所在地)

(ふりがな)  
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 ー ー (担当: )

次のとおり、医療法施行令第4条の2第1項の規定に基づき届け出ます。

1	ふりがな 診療所の名称			
2	診療所の所在地	〒 ー TEL ー ー FAX ー ー		
3	開設の年月日	年 月 日		
4	管理者	住所		
		氏名		
		臨床研修等修了登録証等 ※該当する□内に「✓」を記入する	<input type="checkbox"/> 臨床研修等修了登録証取得 年 月 日 <input type="checkbox"/> 経過措置該当	
5	診療に従事する 医師及び歯科医師 の氏名、担当診療 科目と診療日時	氏名	担当診療科目	診療日
				診療時間
6	薬剤師の氏名	専属薬剤師設置免除許可: <input type="checkbox"/> 許可あり <input type="checkbox"/> 許可なし ※ 医師が常時3名以上勤務する場合		
7	オンライン診療 の有無	有 ・ 無		

- 注) 1 この届は、開設後10日以内に保健所あて2部提出すること(1部申請者控え)。  
 2 診療に従事する医師(又は歯科医師)及び薬剤師の履歴書及び免許証の写しを添付すること。  
 3 管理者の臨床研修等修了登録について、医師では平成16年3月31日以前に免許を取得している場合、歯科医師では平成18年3月31日以前に取得している場合は、経過措置があるため、臨床研修等修了登録証の写しは不要。  
 4 本届出に基づき、開設の翌月に、兵庫県医務課よりG-MIS(医療機関等情報支援システム)による医療機能情報の入力のためのアカウント発行手続きにかかる案内が配布されますので、速やかに医療機能情報の入力をする

# 履 歴 書

本 籍 \_\_\_\_\_ 都・道・府・県

現 住 所 \_\_\_\_\_

ふりがな  
氏 名 \_\_\_\_\_

大正  
昭和 年 月 日生  
平成

免許証登録番号 第 \_\_\_\_\_ 号  
登録年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日  
臨床研修修了登録年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

年 月 日	学歴（高等学校卒業以降）・職歴・賞罰（各別にまとめて書く）
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	

- 注) 1 免許証の写し（A4サイズ）を添付すること。また原本を持参し、保健所職員の照合を受けること。
- 2 臨床研修修了登録証の写し（A4サイズ）を添付すること。また原本を持参し、保健所職員に提示すること。