

診療所開設届

令和 年 月 日

尼崎市保健所長 様

〒
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 _____ 印
(法人にあっては、名称及び代表者の職氏名)
電 話 - - (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	〒 - TEL - - FAX - -			
3	開設の年月日	令和 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			

- 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、臨床研修修了登録
 証の写しは不要。
 4 本届出に基づき、後日、兵庫県医務課より兵庫県医療機能情報システムに係るID及びパスワード
 を配布するので、速やかに医療機能情報の入力を行うこと。

履 歴 書

本 籍 _____ 都・道・府・県

現 住 所 _____

ふりがな
氏 名 _____ 印

性 別 男 ・ 女

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。