

年 月 日

【担当者名： 担当者連絡先： 】

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

[illegible]

(裏)

8 業務に従事する助産師の氏名及び勤務日時				
氏 名	勤 務 日 時	免許証番号及び 登 録 年 月 日	保健所担当者 確 認 欄	
9 嘱託医師の住所及び氏名（助産所に限る。）				
住 所				
氏 名				
診 療 科 目				
臨 床 研 修 等 修 了 登 録 年 月 日	年 月 日	保健所担当者確認欄 (注を参照すること)		
免 許 証 番 号 及 び 登 録 年 月 日	第 号 年 月 日	保健所担当者確認欄 (注を参照すること)		
上記の嘱託医師に代えて 定めた嘱託医療機関	名 称			
	所 在 地			
	診療科目			
9の2 嘱託する新生児への診療を行うことができる病院又は有床診療所（分娩を取り扱う助産所に限る。）				
嘱託医師による対応が 困難な場合のために定 めた嘱託医療機関	名 称			
	所 在 地			
	診療科目			
10 医療従事者(薬剤師、看護師、准看護師、診療放射線(エックス線)技師等)				
職 種	氏 名	免 許 証 番 号	登 録 年 月 日	保 健 所 担 当 者 確 認 欄
11 その他の従業者				
事 務 員	看 護 補 助 者	そ の 他	計	
名			名	
12 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) 診療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
- (3) 業務に従事する助産師の免許証の写し
- (4) 嘱託医師となる旨の承諾書及び免許証の写し（助産所に限る。）
- (5) 医療従事者の免許証の写し

(注) 保健所窓口にて医師の本人確認（運転免許証等にて）と医師免許証の本証確認を行います。管理者の医師が窓口に来られない場合はご相談ください。