

様式第17号（第2条関係）

年 月 日

(提出先)

川越市保健所長

開設者 住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の職氏名）

電話番号

診療所・助産所開設届

医療法施行令第4条の2第1項の規定により、次のとおり届け出ます。

| | | | |
|-------------------------------------|--------|-------|---------|
| 名 称 | | | |
| 所 在 地 | 電話番号 | FAX番号 | |
| 開 設 年 月 日 | 年 | 月 | 日 |
| 管 理 者 | 住 所 | | |
| | 氏 名 | | |
| 診療に従事する医師及び歯科医師の氏名、担当診療科名、診療日及び診療時間 | | | |
| 氏 名 | 担当診療科名 | 診 療 日 | 診 療 時 間 |
| | | | |
| | | | |

| 業務に従事する助産師の氏名、勤務の日及び勤務時間 | | | |
|---|--------|------|----|
| 氏名 | 勤務日 | 勤務時間 | 摘要 |
| | | | |
| | | | |
| 嘱託医師の住所及び氏名又は嘱託した病院若しくは診療所の所在地及び名称（分娩を取り扱う助産所に限る。） | | | |
| 住所（所在地） | 氏名（名称） | 診療科名 | |
| | | | |
| | | | |
| 嘱託医師による対応が困難な場合のために嘱託する病院又は診療所（患者を入院させるための施設を有するものに限る。）の所在地及び名称（分娩を取り扱う助産所に限る。） | | | |
| 所在地 | 名称 | 診療科名 | |
| | | | |
| | | | |
| 勤務する薬剤師 | | | |
| 氏名 | | 摘要 | |
| | | | |
| | | | |

備考

- 1 管理者の臨床研修修了登録証又は免許証の写し及び履歴書を添付すること。
- 2 診療に従事する医師若しくは歯科医師の臨床研修修了登録証又は免許証の写し及び履歴書並びに業務に従事する助産師の免許証の写し及び履歴書を添付すること。
- 3 分娩を取り扱う助産所にあつては、医療法施行規則第15条の2第1項の嘱託医師に嘱託した旨の書類（同条第2項の規定により病院又は診療所に嘱託した場合にあつては、当該病院又は診療所が診療科名中に産科又は産婦人科を有する旨の書類及び当該病院又は診療所に嘱託を行った旨の書類）及び同条第3項に規定する病院又は診療所に同項の規定による嘱託をした旨の書類を添付すること。