

宇都宮市保健所長様

開設者 住 所
 (法人の場合は主たる事務所の所在地)
 氏 名
 (法人の場合は名称及び代表者の職氏名)

診療所(助産所)開設届出書

次のとおり診療所(助産所)を開設したので届け出ます。

| | | | | | |
|---|---|---|----------------------|-------|---------|
| 1 | 診療所(助産所)の名称 | 電話 ー | | | |
| 2 | 開設の場所 | 宇都宮市 | | | |
| 3 | 開設年月日 | 年 月 日 開設 | | | |
| 4 | 管理者の住所及び氏名等 (免許証の写しを添付すること) | 住所 | | | |
| | | 氏名 | 年 月 日(歯科)医籍登録 第 号 | | |
| 5 | 診療に従事する医師若しくは歯科医師の氏名, 担当診療科名, 診療日及び診療時間又は業務に従事する助産師の氏名, 勤務の日及び勤務時間 (免許証の写しを添付すること) | 氏 名 | 担当診療科名 | 診 療 日 | 診 療 時 間 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 6 | 薬剤師の氏名 | | | | |
| 7 | 嘱託医師の住所及び氏名等 (承諾書及び免許証の写しを添付すること) | 住所 | | | |
| | | 氏名 | 年 月 日 医籍登録 第 号 | | |
| 8 | 地域で不足する外来医療機能を担う意向 | 夜間や休日等における地域の初期救急医療 (有 無) 在宅医療 (有 無) 学校医、予防接種等の公衆衛生 (有 無) | | | |