

年 月 日

品川区保健所長 殿

開設者 住 所
氏 名

電話番号 ()
ファクシミリ番号 ()

〔 法人にあつては、名称、主たる
事務所の所在地および代表者の氏名 〕

診療所（歯科診療所または助産所）開設届

年 月 日付 品保生医第 号で開設の許可を受けた診療所（歯科診療所
または助産所）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

1 名称					
2 開設の場所		電話番号 ()	ファクシミリ番号 ()		
3 開設年月日		年 月 日			
4 管 理 者	現 住 所	電話番号 ()	ファクシミリ番号 ()		
	氏 名				
	臨床研修等修了 登録年月日	年 月 日	確認欄		
	免許証番号および 登録年月日	第 号	年 月 日	確認欄	
5 診療日時					

10 その他の従業者			
事務員	看護助手	その他	計
名	名	名	名
11 添付書類			
<ul style="list-style-type: none"> (1) 管理者の臨床研修等修了登録証の写しおよび免許証の写しならびに職歴書 (2) 診療に従事する医師または歯科医師の臨床研修等修了登録証の写しおよび免許証の写し (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および臨床研修等修了登録証の写しならびに免許証の写し（助産所に限る。） (5) 嘱託する病院または診療所の承諾書等 			