

品川区保健所長 殿	年 月 日	
住 所 開設者 氏 名	印 電話番号 () ファクシミリ番号 () (法人にあつては、名称、主たる 事務所の所在地及び代表者氏名)	
<h3>診療所（歯科診療所又は助産所）開設届</h3>		
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		
1 名 称		
2 所 在 地	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
	免許証番号及び 登 録 年 月 日	第 号 年 月 日
5 診 療 日 時		

6 診療に従事する医師（歯科医師）の氏名、担当診療科名、診療日時及び医籍の登録事項					
氏名	担当診療科名	診療日時	医籍の登録事項		確認欄
			臨床研修等 修了登録年月日	免許証番号及び 登録年月日	
			年 月 日	第 号 年 月 日	
			年 月 日	第 号 年 月 日	
			年 月 日	第 号 年 月 日	
			年 月 日	第 号 年 月 日	
7 業務に従事する助産師の氏名及び勤務日時					
氏名	診療日時		免許証番号及び 登録年月日	確認欄	
			第 号 年 月 日		
			第 号 年 月 日		
8 嘱託する医師又は病院若しくは診療所（医療法施行規則第15条の2第1項及び第2項関係）					
嘱託医師の住所又は 嘱託する病院等の所在地	電話番号（ ） ファクシミリ番号（ ）				
嘱託医師の氏名又は 嘱託する病院等の名称					
嘱託医師の担当科目又は 嘱託する病院等の診療科目					
9 嘱託する病院又は診療所（医療法施行規則第15条の2第3項関係）					
住 所	電話番号（ ） ファクシミリ番号（ ）				
名 称					
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	免許登録年月日	登録番号	確認欄	
		年 月 日	第 号		
		年 月 日	第 号		
		年 月 日	第 号		
		年 月 日	第 号		
		年 月 日	第 号		
		年 月 日	第 号		

11 その他の従業者			
事務員	看護助手	その他	計
名	名	名	名
12 添付書類			
<p style="text-align: center;">(注1)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 管理者が医師又は歯科医師である場合は、臨床研修等修了登録証の写し及び職歴書（顔写真を添付すること。） 2) 管理者が助産師である場合は、免許証の写し及び職歴書（顔写真を添付すること。） 3) 診療に従事する医師又は歯科医師の免許証の写し 4) 業務に従事する助産師の免許証の写し 5) 医療法施行規則第15条の2第1項の医師に嘱託を行った旨の書類又は同条第2項の病院又は診療所が診療科目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対し、嘱託を行った旨の書類（分娩を取り扱う助産所に限る。） 6) 医療法施行規則第15条の2第3項の嘱託する病院又は診療所に嘱託した旨の書類（分娩を取り扱う助産所に限る。） <p>(注1) 臨床研修修了登録証（平成16年4月1日時点において現に医師免許を受けている者及びそれ以前に医師免許の申請を行った者であって平成16年4月1日以後に医師免許を受けた者並びに平成18年4月1日時点において現に歯科医師免許を受けている者及びそれ以前に歯科医師免許の申請を行った者であって平成18年4月1日以後に歯科医師免許を受けた者は免許証）及び再教育研修終了登録証（医師法第7条の2第1項の規定による厚生労働大臣の命令又は歯科医師法第7条の2第1項の規定による厚生労働大臣の命令を受けた場合に限る。）</p> <p>(注2) 臨床研修等修了登録証の写し及び免許証の写しの添付は、本証の提示確認に代えることができる。提示確認の場合は、該当欄に保健所担当者の確認印を受けること。</p>			