

診療所・助産所 開設後届

年 月 日

(宛先) 前橋市保健所長

住所 (法人所在地)

開設者

氏名 (法人名・代表者名)

医療法施行令第4条の2第1項の規定により、下記のとおり診療所・助産所の開設を届け出ます。

記

I 届出事項 (共通事項)

1 名称

--

2 所在地

〒	(電話)
---	-------

3 開設許可に係る年月日及び番号

年 月 日 (前橋市指令 第 号)

4 開設年月日

年 月 日

5 管理者

住 所	
氏 名	
免許等	登録年月日: 年 月 日; 登録番号:
	臨床研修修了登録証交付年月日: 年 月 日; 登録番号:

注 免許証及び臨床研修修了登録証の写しを添付すること (または原本を提示すること)。

II 診療所届出事項

1 診療に従事する医師又は歯科医師の氏名、担当診療科名、診療日、診療時間等

氏名	担当診療科	免許		就職年月日	常勤・非常勤の別	1週間の診療日・診療時間	常勤換算数
		登録年月日	登録番号				

注 免許証の写しを添付すること（または原本を提示すること）。

2 その他従業員名簿

職種	氏名	免許		就職年月日	常勤・非常勤の別	1週間の診療日・診療時間	常勤換算数
		登録年月日	登録番号				

注 1) 前掲1記載の医師及び歯科医師を除く従業員について記載すること。

2) 免許登録年月日及び登録番号の欄については、免許の必要な職種について記載するとともに、免許証の写しを添付すること（または原本を提示すること）。

3 オンライン診療の実施（有・無）

III 助産所届出事項

1 嘱託医師等

(1)又は(2)のいずれかに記載することとする。

(1) 嘱託医師の住所、氏名

住所	氏名	嘱託年月日	免許登録年月日	登録番号

注 嘱託した旨の書類を添付すること。

(2) 嘱託医師の勤務する病院若しくは診療所の住所、名称

住所	名称	嘱託年月日

注 嘱託した旨の書類を添付すること。

2 嘱託医療機関の住所、名称

住所	名称	嘱託年月日

注 嘱託した旨の書類を添付すること。

3 業務に従事する助産師の氏名、勤務日、勤務時間等

氏名	免許		就職年月日	常勤・非常勤の別	1週間の勤務日・勤務時間	常勤換算数
	登録年月日	登録番号				

注 免許証の写しを添付すること（または原本を提示すること）。

4 その他従業者名簿

職種	氏名	免許		就職年月日	常勤・非常勤の別	1週間の勤務日・勤務時間	常勤換算数
		登録年月日	登録番号				

注 1)前掲1及び2記載の医師及び助産師を除く従業者について記載すること。

2)免許登録年月日及び登録番号の欄については、免許の必要な職種について記載するとともに、免許証の写しを添付すること（または原本を提示すること）。

IV その他（共通事項）

1 医療安全対策指針の整備、院内感染対策指針等の策定状況

医療安全管理指針（医療法施行規則第1条の1第1項第1号）	有・無
院内感染対策指針（医療法施行規則第1条の1第1項第2号）	有・無
医薬品業務手順書（医療法施行規則第1条の1第2項第2号）	有・無
医療機器保守点検計画（医療法施行規則第1条の1第2項第3号）	有・無
診療放射線安全利用指針（医療法施行規則第1条の1第2項第3号の2）	有・無

2 診療日及び診療時間

	午前	午後	夜間
月			
火			
水			
木			
金			
土			
日			
休診日			
備考			