

令和〇〇年 〇月〇日

（宛先）大田区保健所長

開設者

住 所 大田区大森一丁目1番1号△△ビル1階

氏 名 医療法人社団〇〇会  
理事長 大森 一郎

電 話 番 号 03 (1234) 5678

ファクシミリ番号 03 (1234) 5678

〔 法人にあつては、名称、主たる  
事務所の所在地及び代表者の氏名 〕

### 診療所（歯科診療所又は助産所）開設届

令和〇〇年〇〇月〇〇日付**保健医収**第〇〇〇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	医療法人社団〇〇会 大森△△クリニック		
2 所 在 地	大田区大森一丁目1番1号△△ビル1階 電 話 番 号 03 ( 1234 ) 5678 ファクシミリ番号 03 ( 1234 ) 5678		
3 開 設 年 月 日	令和〇〇年〇月〇日		
4 管 理 者	現 住 所	大田区〇〇〇〇丁目〇〇番〇〇号 電 話 番 号 03 ( 1234 ) 5555 ファクシミリ番号 03 ( 1234 ) 5555	
	氏 名	〇〇 〇〇	
	臨床研修等修了 登 録 年 月 日	平成〇〇年 〇〇月 〇〇日	確認欄
	免許証番号及び 登 録 年 月 日	第 〇〇〇〇号 平成〇〇年 〇〇月 〇〇日	確認欄
5 診 療 日 時	月～土(9:00～12:00、15:00～19:00) 休診日:日曜、祝祭日		

(第1片)

(裏)

6 診療に従事する医師(歯科医師)の氏名、担当診療科目及び診療日時					
氏名	担当診療科目	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	
〇〇 〇〇	内科・小児科	診療日時の通り	平成〇〇年 〇〇月〇〇日	第〇〇〇〇号 平成〇〇年〇月〇日	
〇〇 〇〇	内科	月(9:00~12:00)	年 月 日	第〇〇〇〇号 昭和〇〇年〇月〇日	
			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 嘱託医師の住所及び氏名 (助産所に限る。)					
氏名					
住所	電話番号	( )			
	ファクシミリ番号	( )			
臨床研修等修了登録年月日		年 月 日		確認欄	
免許番号及び登録年月日		第 号 平成 年 月 日		確認欄	
病院又は診療所					
9 医療従事者(薬剤師、看護師、准看護師、診療放射線技師等)					
職種	氏名	免許登録年月日	登録番号	確認欄	
看護師	〇〇 〇〇	令和〇〇年〇〇月〇〇日	第 〇〇〇〇号		
准看護師	〇〇 〇〇	平成〇〇年〇〇月〇〇日	第 〇〇〇〇号		
		年 月 日	第 号		
		年 月 日	第 号		
		年 月 日	第 号		
		年 月 日	第 号		

(第2片)

10 その他の従事者			
事務員	看護助手	その他	計
2名	名	名	2名
11 診療報酬額（公的医療機関に限る。）			
12 添付書類			
(注2・3)			
1) 管理者の臨床研修等修了登録証及び免許証の写し並びに職歴書			
(注2・3)			
2) 診療に従事する医師又は歯科医師の臨床研修等修了登録証及び免許証の写し			
3) 業務に従事する助産師の免許証の写し			
(注2・3)			
4) 嘱託医師となる旨の承諾書及び臨床研修等修了登録証並びに免許証の写し（助産所に限る）			
(注1) 臨床研修等修了登録証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。			
(注2) 平成16年4月1日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つて平成16年4月1日以後に医師免許を受けた者は、医師法第二条の規定による改正後の医療法及び第四条の規定による改正後の医師法の適用については、同法第十六条の四第一項の規定による登録を受けた者とみなす。			
(注3) 平成18年4月1日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つて平成18年4月1日以後に歯科医師免許を受けた者は、歯科医師法第三条の規定による改正後の医療法及び第五条の規定による改正後の歯科医師法の適用については、同法第十六条の四第一項の規定による登録を受けた者とみなす。			