

平成 年 月 日

豊島区池袋保健所長

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
事務所の所在地及び代表者の氏名〕

診療所（歯科診療所又は助産所）開設届

平成 年 月 日付 豊池衛医許第 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	東京都豊島区	丁目	番号
			電話番号 ()	
			ファクシミリ番号 ()	
3	開設年月日	平成	年	月 日
4 管 理 者	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
				確認欄 (注1)
				確認欄 (注1)
5	診療日時			

6 診療に従事する医師（歯科医師）の氏名、担当診療科目、診療日時及び医籍の登録事項					
氏名	担当診療科目	診療日時	医籍の登録事項		確認欄 (注1)
			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 年 月 日 号	
			年 月 日	第 年 月 日 号	
			年 月 日	第 年 月 日 号	
			年 月 日	第 年 月 日 号	
			年 月 日	第 年 月 日 号	
			年 月 日	第 年 月 日 号	

7 業務に従事する助産師の氏名及び勤務日時				
氏名	勤務日時	免許証番号及び 登録年月日	確認欄 (注1)	
		第 年 月 日 号		
		第 年 月 日 号		

8 嘱託する医師及び病院又は診療所（助産所に限る。）					
嘱託 医 師	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 (注1)		
	免許証番号及び登録年月日	第 号 年 月 日	確認欄 (注1)		
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（エックス線）技師等）					
職種	氏名	免許証番号	登録年月日	確認欄	
		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	年 月 日		

10 その他の従事者			
事務員	看護補助者	その他	計
名	名	名	名
11 添付書類 (注2・3) (1) 管理者の臨床研修等修了登録証の写し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の写し及び免許証の写し (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の写し並びに免許証の写し(助産所に限る。) (5) 嘱託する病院又は診療所の承諾書等(助産所に限る。)			
(注1) 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。 (注2) 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同日前に医師免許の申請を行った者であって同日以後に医師免許を受けた者は、医療法等の一部を改正する法律(平成12年法律第141号。以下「一部改正法」という。)第2条の規定による改正後の医療法及び一部改正法第4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16条の4第1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日時点において現に歯科医師免許を受けている者及び同日前に歯科医師免許の申請を行った者であって同日以後に歯科医師免許を受けた者は、一部改正法第3条の規定による改正後の医療法及び一部改正法第5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16条の4第1項の規定による登録を受けた者とみなす。			