

年 月 日

東京都北区保健所長 殿

開設者 住 所
氏 名 ⑩
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

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	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 修 了 登 録 年 月 日	年 月 日	確認欄	
	免 許 証 番 号 及 び 登 録 年 月 日	第 号 年 月 日	確認欄	
5	診 療 日 時			

(第1片)

(裏)

6 診療に従事する医師(歯科医師)の氏名、担当診療科名及び診療日時					
氏名	担当診療科名	診療日時	医籍(歯科医籍)の登録事項		確認欄
			臨床研修修了 登録年月日	免許証番号及び 登録年月日	
			年 月 日	第 年 月 号 日	
			年 月 日	第 年 月 号 日	
			年 月 日	第 年 月 号 日	
			年 月 日	第 年 月 号 日	
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
			第 年 月 号 日		
			第 年 月 号 日		
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	()		
	臨床研修修了登録年月日		年 月 日	確認欄	
	免許証番号及び登録年月日	第 号	年 月 日	確認欄	
嘱託する病院又は診療所					
名称					
所在地	電話番号	()	ファクシミリ番号	()	
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	免許証登録年月日		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	

(第2片)

10 その他の従事者			
事務員	看護助手	その他	計
名	名	名	名
11 添付書類			
1) 管理者の臨床研修修了登録証の写し及び免許証の写し並びに職歴書			
2) 診療に従事する医師又は歯科医師の臨床研修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			
4) 嘱託医師となる旨の承諾書及び臨床研修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有する診療科名が分かる書類及び承諾書等（助産所に限る）			
(注)			
1) 臨床研修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。			
2) 平成16年3月31日以前の医籍登録年月日については、臨床研修修了登録年月日の記載及び臨床研修修了登録証の添付は必要としない。			
3) 平成18年3月31日以前の歯科医籍登録年月日については、臨床研修修了登録年月日の記載及び臨床研修修了登録証の添付は必要としない。			

(日本工業規格A列4番)