|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 第７号様式（第１面） | | | | |
| 年　　　月　　　日  　　台東区台東保健所長　殿  　　　　　　　　　　　　　　　　開設者　　住　所    氏　名  　　　　電話番号　　　　（　　　　）  　　　　FAX番号　　　　 （　　　　）  　　　　　　法人にあっては、名称、主たる事務所の  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地及び代表者氏名  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 | | | | |
| ふ　　り　　が　　な  １　名　　　　　　　称 | | |  | |
| ２　所　　　在　　　地 | | | 台東区  電話番号　　（　　　　）　　　FAX番号　　（　　　） | |
| ３　開設年月日 | | | 年　　　　　月　　　　　日 | |
| ４　管　理　者 | 現　 住 　所 | 電話番号　　　（　　　　）　　　　FAX番号　　　（　　　　） | | |
| ふ　り　が　な  氏　　　　名 |  | | |
| 免　許　登　録　番　号 | | | 第　　　　　　　　　　　　　　号 |
| 免許登録年月日 | | | 年　　　　　　月　　　　　　　日 |
| 臨床研修等修了登録年月日 | | | 年　　　　　　月　　　　　　　日 |
| 臨床研修等修了登録証及び  免許証の写し並びに職歴書 | | | 別添のとおり |
| ５　診療日時及び休診日 | | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （第２面） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ふ　り　が　な  氏　　　　　名 | | | 担当診療科目 | | | | 診療日時 | | | | | 医籍の登録事項 | | | | | | | |
| 免許登録番号及び  登　 録 　 年 　 月 　 日 | | | | | | 臨床研修等修了登録年月日 | |
|  | | |  | | | |  | | | | | 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 | | | | | | 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 | | | | | | 年　　月　　日 | |
| 臨床研修等修了登録証及び免許証の写し | | | | | | | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | |
| ７　業務に従事する助産師の氏名及び勤務日時 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ふ　 り 　が 　な  氏　　　　　　　名 | | | | | | 勤　　務　　日　　時 | | | | | | | 免許登録番号及び登録年月日 | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | 第　　　　　　　　　　　　　号  　　　　　年　　　　　　月　　　　　日 | | | | | | |
| 免許証の写し | | | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | ふ　り　が　な  氏　　　　　名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　　　　所 | | | 電話番号　　　（　　　　）　　　　　　FAX番号　　　（　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 免許登録番号  第　　　　　　　　　　　　号 | | | | | | | 登録年月日  年　　　月　　　日 | | | | | | | | 臨床研修等修了登録年月日  年　　　月　　　日 | | | |
| 病　院　又　は　診　療　所　の  所在地及び名称 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | 別添のとおり | | | | | |
| ９　医療従事者（薬剤師、看護師、准看護師、歯科衛生士、診療放射線技師等）  （第３面） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 職　　　種 | | ふ　　り　　が　　な  氏　　　　　　　名 | | | | | | | 免許登録年月日 | | | | | | 免許登録番号 | | | |
|  | |  | | | | | | | 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 | | | |
| 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）管理者の臨床研修等修了登録証（注１・２）の写し及び免許証の写し並びに職歴書（顔写真１枚）  （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（注１・２）の写し及び免許証の写し  （３）業務に従事する医療従事者の免許証の写し  （４）嘱託医師となる旨の承諾書及び免許証の写し並びに臨床研修等修了登録証（注１・２）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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| １２　注　意　事　項 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （注１）　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ものは、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、臨床研修を修了したことを医籍に登録した者とみなす。  （注２）　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ものは、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、臨床研修を修了したことを歯科医籍に登録した者とみなす。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |