様式第９号（第２条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 病　　　院  診　療　所  助　産　所 | 開　設　届 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 静岡県知事　鈴木　康友  静岡県東部保健所長 | 様 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 開設者 | 住所 | 〒 |
| 氏名 |  |
| TEL |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病　院

　　　　　年　　月　　日付け　　　第　　　　号で開設の許可を受けた診療所を開設したので、

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　助産所

医療法施行令第４条の２第１項の規定により届け出ます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 病院（診療所、  助産所）の名称 | TEL | | | |
| 開設の場所 | 〒 | | | |
| 開設の年月日 |  | | | |
| 管理者の住所・氏名 | 〒 | | | |
| 診療に従事する医  師又は歯科医師の  氏名、担当診療科  名、診療日及び診  療時間又は業務に  従事する助産師の  氏名、勤務の日及  び勤務時間 | 氏　　　　　　名 | 担 当 診 療 科 名 | 診　　療　　日 | 診　療　時　間 |
|  |  |  |  |
| 薬剤師が勤務する  ときはその氏名 |  | | | |
| 助産所については、嘱  託医師の住所・氏名 |  | | | |
| 公的医療機関につい  ては、その診療報酬額 |  | | | |

　(注)１　医師、歯科医師、看護師及び助産師の免許証の写し、及び履歴書を添付してください。

　　　２　助産所については嘱託医の同意書を添付してください。