

年 月 日

那覇市保健所長 宛

開設者 住 所

フリガナ

氏 名

電話番号

〔 法人にあっては、主たる事務所の所在地、  
名称、代表者の氏名及び電話番号 〕

診療所開設届

年 月 日付け那覇市指令 第 号で開設の許可を受けた( 診療所・  
歯科診療所 )を開設したので、医療法施行令第4条の2第1項及び同法施行規則第3条の規定により、次  
のとおり関係書類を添えて届け出ます。

1 診療所名称	(フリガナ)										
2 開設場所	〒										
	TEL					FAX					
3 診療科目											
4 管理者	現住所		〒								
	氏名		電話： ( )								
	臨床研修修了 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								
5 診療日時	外来診療日							外来診療時間			休診日
	月	火	水	木	金	土	日	祝			
									: ~ :		
									: ~ :		
									: ~ :		
6 診察に従事する医師(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								
			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 号 年 月 日				
			年 月 日				第 号 年 月 日				
			年 月 日				第 号 年 月 日				

			年 月 日	第 年 月 日
			年 月 日	第 年 月 日
8 業務に従事する助産師の氏名及び勤務時間				
氏名	勤務時間	助産師(婦)籍の登録事項		
		免許証番号	登録年月日	
		年 月 日	第 号	
		年 月 日	第 号	
		年 月 日	第 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)				
職名	氏名	登録年月日	免許証番号	
		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 開設年月日	年 月 日			

(注意)

- 1 臨床研修修了登録証の写しは、平成 16 年 4 月 1 日以後に医師免許証を受けた者又は平成 18 年 4 月 1 日以後に歯科医師免許を受けた者について添付が必要
- 2 再教育研修修了登録証の写しは、医師法並びに歯科医師法第 7 条の 2 第 1 項の規定による厚生労働大臣の命令を受けた者にあつては、医師法並びに歯科医師法同条第 2 項の規定による登録を受けた者について添付が必要。

(添付書類)

- 1 管理者の医師又は歯科医師免許証の写し(窓口にて原本を提示し、職員の確認を要する。)
- 2 管理者の臨床研修修了登録証の写し、又は臨床研修修了登録証の写し及び再教育研修修了登録証の写し(窓口にて原本を提示し、職員の確認を要する。)
- 3 管理者の履歴書
- 4 従事医師の医師又は歯科医師免許証の写し(窓口にて原本を提示し、職員の確認を要する。)
- 5 従事医師又は歯科医師の履歴書
- 6 診療に従事する医療従事者(薬剤師、看護師等)の免許証の写し(窓口にて原本を提示し、職員の確認を要する。)及び履歴書
- 7 開設許可証の写し