

病院（診療所・助産所）開設届

年 月 日	
（宛先）茅ヶ崎市保健所長 住所又は所在地 届出者 氏名（法人にあつては、名称及び代表者氏名） 電話番号	
病院（診療所・助産所）を開設したので、次のとおり届け出ます。	
病院、診療所又は助産所の名称	
開 設 場 所	
開 設 許 可 年 月 日 及 び 番 号	年 月 日 茅ヶ崎市保健所指令第 号
管理者	氏 名
	住 所
医師又は 歯科 医師	氏 名
	担 当 診 療 科 名
	診 療 日 及 び 診 療 時 間
助産師	氏 名
	勤 務 の 日 及 び 勤 務 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	氏 名
	住 所
開 設 年 月 日	年 月 日

備考 2 次に掲げる書類を添付してください。

- (1) 診療に従事する医師若しくは歯科医師又は業務に従事する薬剤師若しくは助産師の免許証の写し及び履歴書
- (2) 管理者が開設者と異なる場合にあつては、臨床研修修了医師若しくは歯科医師の臨床研修修了登録証の写し若しくは免許証の写し及び履歴書又は助産師の免許証の写し及び履歴書
- (3) 助産所の開設の場合にあつては、嘱託医師となる旨の承諾書及び免許証の写し