明診　様式第５号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（開設者が**医療法人等、**医師・歯科医師以外の場合）

**診療所開設届**

　　　　年　　月　　日

明石市長　様

開設者住所

（法人にあっては主たる事務所の所在地）

（法人にあっては、名称及び代表者の職氏名）

電 話 － － （担当：　　　）

次のとおり、医療法施行令第４条の２第１項の規定に基づき届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | |  | | | |
| ２　診療所の所在地 | | 〒　　　－  TEL　　　　-　　　　-　　　　　FAX　　　　-　　　　- | | | |
| ３　開設の年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | |
| ４　管理者 | 住　所 |  | | | |
| 氏　名 |  | | | |
| 臨床研修等修了登録証等  ※該当する□内に「**✔**」を記入する | | | □ 臨床研修等修了登録証取得　　　年　 月　 日  □ 経過措置該当 | |
| ５　診療に従事する  医師及び歯科医師  の氏名、担当診療  科目と診療日時 | | 氏　　名 | 担当診療科目 | | 診療日時 |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
| ６　薬剤師の氏名 | |  | | | |
| 専属薬剤師設置免除許可：　□許可あり　　□許可なし  ※　医師が常時３名以上勤務する場合 | | | |

〔提出数〕2部（1部申請者控え）　　　　〔提出日〕開設後10日以内

〔添付書類〕開設許可申請時から変更がなければ省略可

□管理者となる医師・歯科医師の履歴書、免許証の写し（Ａ４サイズ　原本照合が必要）

□管理者となる医師・歯科医師の臨床研修等修了登録証の写し（Ａ４サイズ　原本照合が必要）

※医師免許平成16年3月31日以前、歯科医師免許平成18年3月31日以前取得の場合不要

□従事する医師・歯科医師・薬剤師の免許証の写し（Ａ４サイズ）

**履歴書**

本　籍　　　　　　　都・道・府・県

現住所

|  |
| --- |
|  |

生年月日　　　　　　年　　月　　日生

免許証登録番号　第　　　　　　　　　号

登録年月日　　　　　年　　月　　日

臨床研修修了登録年月日　　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 年　月　日 | 学歴（大学卒業以降）・職歴・賞罰（各別にまとめて書く） |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 賞罰 |  |