

## 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)

(ふりがな)  
開設者氏名 \_\_\_\_\_  
(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	ふりがな 診療所の名称			
2	診療所の所在地	〒            -	TEL            -            -            FAX            -            -	Email            @
		※ 記載されたEメールアドレス宛に、国、都道府県等からの各種通知、連絡等を送付します。受信設定等をご確認いただき、確実に受信可能なアドレスを記載してください。		
3	開設の年月日	年	月	日
4	オンライン診療の実施	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
5	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	<input type="checkbox"/> 臨床研修等修了登録証取得	年 月 日
		<input type="checkbox"/> 経過措置該当		
6	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
7	薬剤師の氏名	専属薬剤師設置免除許可： <input type="checkbox"/> 許可あり <input type="checkbox"/> 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)

