令和　　　年　　　月　　　日

　福井県知事　杉本　達治　 　　　様

　福井県丹南保健所長　 　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

病　院　（　診　療　所　）　開　設　届

令和　　　年　　　月　　　日付け福井県指令　　　第　　　　　　号をもって開設許可になった病院（診療所）を下記のとおり開設したので、医療法施行令第４条の２第１項の規定により届けます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １．名　　　　　称 | （℡　　－　　　　） |
| ２．所在地 |  |
| ３．診療科名 |  |
| ４．開設の目的 |  |
| ５．維持方法 |  |
| ６．管理者 | 住　　　所 |  |
| 氏　　　名 |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 免許登録年月日 | 年　　　月　　　日 | 番　　　　号 | 　　第　　　　　　　　　号 |

７．診療に従事する医師（歯科医師）の氏名、担当診療科名、診療日および診療時間

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　　　名 | 担当診療科名 | 診　　療　　日 | 診　療　時　間 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

８．勤務する助産師の氏名、勤務日および勤務時間

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　　　名 | 登　録　番　号 | 勤　　務　　日 | 勤　務　時　間 |
|  |  |  |  |

９．勤務する薬剤師、看護師、准看護師、診療エックス線技師、診療放射線技師、栄養士等の氏名等

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 職　　　　種 | 氏　　　　名 | 免許登録年月日 | 登　録　番　号 | 摘　　　　要 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

10．その他の従業員の数

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事　務　員 | 看護婦補助 | 厨　　　手 | 雑　　　役 | そ　の　他 | 計 |
|  |  |  |  |  |  |

11．診療報酬額（医療法第３章に規定する公的医療機関のみ）

|  |
| --- |
|  |

添付書類　①医師、歯科医師、薬剤師および助産師の免許証の写し

　　　　　②管理者については、免許証の写しと履歴書