第5号様式(第3条関係)

年　　月　　日

　　島根県知事　　　　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 開設者住所 | 法人の場合は、主たる事務所の所在地 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 開設者氏名 | 法人の場合は、名称及び代表者の職氏名 |

電話番号

病院(診療所、助産所)開設届

　1　名称

　2　所在地

電話番号　　　　　　　　　　　　FAX番号

　3　開設許可年月日

　4　開設の年月日

　5　管理者の住所及び氏名（ふりがな）

　6　診療に従事する医師又は歯科医師の氏名、担当診療科名、診療日及び診療時間

　　　(助産所の場合は、業務に従事する助産師の氏名、勤務の日及び勤務時間)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 担当診療科名 | 診療日(勤務の日) | 診療時間(勤務時間) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

　（注）　診療に従事する管理者についても記載すること。

　7　薬剤師の氏名

　8　助産所については、嘱託医師の住所及び氏名

　備考

１　病院及び診療所については、診療に従事する医師又は歯科医師の免許証の写しを

添付すること。

　　２　助産所については、勤務する助産師の免許証の写し、嘱託医師となる旨の承諾書及

び当該医師の免許証の写しを添付すること。