様式第4号 (第2条関係)

年　　月　　日

　　（あて先）松江市長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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

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　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。