

第7号様式(第6条関係)

(表)

年 月 日					
(宛先)中央区長  <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">住 所</div> 開設者 氏 名 電 話 番 号 (    ) ファクシミリ番号 (    ) [ 法人にあつては、名称、主たる 事務所の所在地及び代表者の氏名 ]  診療所、歯科診療所又は助産所開設届 年 月 日付け 第    号で開設の許可を受けた診療所、歯科診療 所又は助産所を開設したので、医療法施行令第4条の2第1項の規定により、下記のとおり 届け出ます。  <div style="text-align: center;">記</div>					
1	名 称				
2	所 在 地	電話番号 (    )    ファクシミリ番号 (    )			
3	開設年月日	年 月 日			
4 管 理 者	現 住 所				
	氏 名				
	臨床研修等修了 登録年月日	年 月 日	確認欄		
	免許証番号及び 登録年月日	第    号 年 月 日	確認欄		
5	診療日時				
6 診療に従事する医師(歯科医師)の氏名、担当診療科名及び診療日時					
氏 名	担当診療 科 名	診 療 日 時	臨床研修等修了 登録年月日	免許証番号及び 登録年月日	確 認 欄

(裏)

7 業務に従事する助産師の氏名及び勤務日時				
氏名	勤務日時	免許証番号及び登録年月日	確認欄	
8 嘱託する医師及び病院又は診療所(助産所に限る。)				
嘱託医師	住所	電話番号 ( )		
	氏名又は名称			
	臨床研修等修了登録年月日	年 月 日	確認欄	
	免許証番号及び登録年月日	第 号 年 月 日	確認欄	
嘱託医療機関	住所	電話番号 ( )		
	名称			
9 医療従事者(薬剤師、看護師、准看護師、診療放射線技師等)				
職種	氏名	免許証番号	登録年月日	確認欄
10 その他の従業者				
事務員名	看護補助者名	その他名	計名	
11 添付書類				
(1) 管理者の臨床研修等修了登録証の写し及び免許証の写し並びに職歴書				
(2) 診療に従事する医師又は歯科医師の臨床研修等修了登録証の写し及び免許証の写し				
(3) 業務に従事する助産師の免許証の写し				
(4) 嘱託する医師の臨床研修等修了登録証の写し及び免許証の写し(助産所に限る。)				
(5) 嘱託した旨の書類(嘱託医師及び嘱託医療機関。助産所に限る。)				
(注)管理者については、臨床研修等修了登録証及び免許証の本証を提示すること。				