

令和 年 月 日

（宛先）大田区保健所長

開設者 住 所
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

令和 年 月 日付 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。

記

1 名 称				
2 所 在 地	大田区 電 話 番 号 () ファクシミリ番号 ()			
3 開 設 年 月 日	令和 年 月 日			
4 管 理 者	現 住 所	電 話 番 号 () ファクシミリ番号 ()		
	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				

(第2片)

10 その他の従事者			
事務員	看護助手	その他	計
名	名	名	名
11 診療報酬額（公的医療機関に限る。）			
12 添付書類			
(注2・3)			
1) 管理者の臨床研修等修了登録証及び免許証の写し並びに職歴書			
(注2・3)			
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			
(注2・3)			
4) 嘱託医師となる旨の承諾書及び臨床研修等修了登録証並びに免許証の写し（助産所に限る）			
(注1) 臨床研修等修了登録証写し及び免許証の写しの添付は、本証の提示確認に代えることができる。 提示確認の場合は、該当欄に保健所担当者の確認印を受けること。			
(注2) 平成16年4月1日現に医師免許を受けている者及びそれ以前に医師免許の申請を行った者であつて平成16年4月1日以後に医師免許を受けた者は、医師法第二条の規定による改正後の医療法及び第四条の規定による改正後の医師法の適用については、同法第十六条の四第一項の規定による登録を受けた者とみなす。			
(注3) 平成18年4月1日現に歯科医師免許を受けている者及びそれ以前に歯科医師免許の申請を行った者であつて平成18年4月1日以後に歯科医師免許を受けた者は、歯科医師法第三条の規定による改正後の医療法及び第五条の規定による改正後の歯科医師法の適用については、同法第十六条の四第一項の規定による登録を受けた者とみなす。			