診　様式２　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（開設者が**医療法人等、**医師・歯科医師以外の場合）

**診療所開設届**

 令和　　年　　月　　日

兵庫県知事（兵庫県 　　　 県民局長）様

開設者住所

（法人にあっては主たる事務所の所在地）

（法人にあっては、名称及び代表者の職氏名）

電 話 －　 － （担当：　　　）

次のとおり、医療法施行令第４条の２第１項の規定に基づき届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| １　 |  |
| ２　診療所の所在地 | 〒　　　－　　　TEL　　　-　　　　-　　　　　　FAX　　　　-　　　　-　　　　　 |
| ３　開設の年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| ４　管理者 | 住　所 | 　 |
| 氏　名 | 　 |
| 臨床研修等修了登録証等※該当する□内に「**✔**」を記入する | □ 臨床研修等修了登録証取得　　　年　 月　 日□ 経過措置該当 |
| ５　診療に従事する医師及び歯科医師の氏名、担当診療科目と診療日時 | 氏　　名 | 担当診療科目 | 診療日 | 診療時間 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| ６　薬剤師の氏名 |  |
| 専属薬剤師設置免除許可：　□許可あり　　□許可なし※　医師が常時３名以上勤務する場合 |

注）１　この届は、開設後１０日以内に管轄健康福祉事務所（保健所）あて１部提出すること（控えが必要な場合、２部提出すること。）。

２　管理者の臨床研修等修了登録について、医師では平成16年3月31日以前に免許を取得している場合、歯科医師では平成18年3月31日以前に取得している場合は、経過措置があるため、臨床研修修了登録証の写しは不要。

３　本届出に基づき、後日、兵庫県医務課より兵庫県医療機能情報システムに係るＩＤ及びパスワードを配布するので、速やかに医療機能情報の入力をすること。

**履歴書**

本　籍　　　　　　　都・道・府・県

現住所

大正

昭和　　　年　　月　　日生

平成

免許証登録番号　　第　　　　　　　　号

登録年月日　　　　　年　　月　　日

臨床研修修了登録年月日　　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 年　月　日 | 学歴（高等学校卒業以降）・職歴・賞罰（各別にまとめて書く） |
|  ・ ・ |  |
|  ・ ・ |  |
|  ・ ・ |  |
|  ・ ・ |  |
|  ・ ・ |  |
|  ・ ・ |  |
|  ・ ・ |  |
|  ・ ・ |  |
|  ・ ・ |  |
|  ・ ・ |  |
|  ・ ・ |  |
|  ・ ・ |  |
|  ・ ・ |  |
|  ・ ・ |  |
|  ・ ・ |  |
|  ・ ・ |  |
|  ・ ・ |  |
|  ・ ・ |  |

注）１　免許証の写し（Ａ４サイズ）を添付すること。また原本を持参し、健康福祉事務所（保健所）職員の照合を受けること。

　　２　臨床研修修了登録証の写し（Ａ４サイズ）を添付すること。また原本を持参し、健康福祉事務所（保健所）職員に提示すること。