

病 院
診 療 所 開 設 届
助 産 所

年 月 日

静岡県知事 氏 名 様
静岡県 保健所長

開設者 住所〔法人にあっては、その主たる事務所の所在地〕
氏名〔法人にあっては、その名称及び代表者の氏名〕

年 月 日付け 第 号で開設の許可を受けた 病院 診療所 を開設したので、医療法 助産所

施行令第4条の2第1項の規定により届け出ます。

病院（診療所、助産所の名称）				
開設の場所				
開設の年月日	年 月 日			
管理者の住所及び氏名				
診療に従事する医師若しくは歯科医師の氏名、担当診療科名、診療日及び診療時間又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	診療日又は勤務の日	診療時間又は勤務時間
薬剤師が勤務するときは、その氏名				
助産所については、嘱託する医師及び病院又は診療所の住所及び氏名（名称）				

- （注） 1 医師、歯科医師及び助産師の免許証の写しを添付すること。
 2 助産所については、次の書類を添付すること。
 （1）嘱託医師の承諾書及び免許証の写し
 （2）嘱託する病院（診療所）の診療科名がわかる書類及び当該病院（診療所）の承諾書