

病院（診療所）開設届

年 月 日

千葉県知事 様
 (千葉県 保健所長 様)

開設者住所（法人の場合は主たる事務所所在地）
 〒

電話 ()

開設者氏名（法人の場合は名称、代表者職氏名）

年 月 日付け 第 号をもって開設を許可された病院（診療所）を下記のとおり開設したのでお届けします。

記

(ふりがな)			
1. 名称		電話	()
2. 開設場所	〒		
3. 開設年月日	年 月 日		
4. 管理者の住所、氏名	〒		電話 ()

5. 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

氏名	担当診療科名	診療日	診療時間

6. 薬剤師が勤務するときは、その氏名、勤務日及び勤務時間

注意：診療所は、申請あて名を所轄保健所長とすること。

添付書類：

1. 管理者については、臨床研修修了登録証（※平成16年4月以降医師免許取得者、平成18年4月以降歯科医師免許取得者）の写し（要原本照合）、免許証の写し（要原本照合）及び履歴書
2. 従事する医師、歯科医師もしくは薬剤師については、免許証の写し（要原本照合）
3. 麻酔科を標榜するときは、麻酔科標榜許可証の写し（要原本照合）