（法人等開設）

**診療所開設届**

令和　　　年　　　月　　　日

神戸市保健所長　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者氏名

　　（法人にあっては、名称及び代表者の職氏名）

記

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | ふりがな | |  | | | |
| 診療所の名称 | |  | | | |
| ２ | 診療所の所在地 | | ℡　（　　　　　　）　　　　　　　－ | | | |
| ３ | 開設年月日 | | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | | |
| ４ | 管理者 | | 住　　所 |  | | |
| ふりがな |  | | |
| 氏　　名 |  | | |
| 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 |  | | | | |

注１）　医師・歯科医師以外の者が、医療法第７条第１項に基づく診療所開設許可を受けた後、

実際に診療所を開設したときに提出してください。

注２）提出部数･････３部（診療所控１部含む）　　提出先･････保健センター（各区役所内）

注３）【添付書類】診療に従事する医師・歯科医師・薬剤師全員履歴書及び免許証写

※履歴書の履歴事項の最後には、開設した診療所について、『○年○月○日　△△クリニック　開設・管理者就任（または勤務）』等記入してください。

**８・1/2**

履歴書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 本　籍 | | | 都・道・府・県 | |
| 現住所 | | |  | |
| 氏　名（ふりがな） | | |  | |
| 生年月日 | | | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日生 | |
| 履歴事項（学歴・職歴） | 年 月 日 | |  | |
| 年 月 日 | |  | |
| 年 月 日 | |  | |
| 年 月 日 | |  | |
| 年 月 日 | |  | |
| 年 月 日 | |  | |
| 年 月 日 | |  | |
| 年 月 日 | |  | |
| 年 月 日 | |  | |
| 年 月 日 | |  | |
| 年 月 日 | |  | |
| 年 月 日 | |  | |
| 年 月 日 | |  | |
|  | | 現在に至る | |
| 賞罰 |  | | | |
| 免許登録種別（○を付する） | | | | 医籍登録　　歯科医籍登録　　薬剤師登録　　助産師登録 |
| 免許登録年月日・番号 | | 年　　　月　　　日　　　第　　　　　　　　　号 | | |
| 上記のとおり相違ありません。  令和　　年　　月　　日  氏名　　　　　　　　　　　　　　　無 | | | | |

※履歴は大学から記入のこと。

※管理者となる医師については平成16年４月１日以降、

歯科医師については平成18年４月１日以降の免許登録の

場合、**臨床研修修了登録証**写を添付のこと。

**８・**2/2