第５号様式（第２条関係）

診療所・助産所開設届

年　　月　　日

　越谷市長　宛

開設者　住　　所

氏　　名

電話番号

　次のとおり、医療法第８条の規定により届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 名称 | |  |
| 開設の場所 | | 電話番号　　　　　　 ＦＡＸ番号 |
| 診療科目 | |  |
| 診療所 | 開設者が現に病院若しくは診療所を開設し、若しくは管理し、又は病院若しくは診療所に勤務するものであるときは、その旨 |  |
| 開設者が同時に２以上の病院又は診療所を開設しようとするものであるときは、その旨 |  |
| 助産所 | 開設者が現に助産所を開設し、若しくは管理し、又は病院、診療所若しくは助産所に勤務するものであるときは、その旨 |  |
| 開設者が同時に２以上の助産所を開設しようとするものであるときは、その旨 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 敷地面積 | | | | | | | | | | | ㎡ | | | | | | | | | | | | | |
| 建物の構造及び医療機関部分の面積 | | | | | | | | | | | 鉄骨又は鉄筋コンクリート　　木造  その他（　　　　　　　　　　　）  　　階建ての　　階部分(自己所有・借家)  ㎡ | | | | | | | | | | | | | |
| 敷地の平面図  （別　紙）  建物の構造概要及び平面図 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 従　　業　　者　　定　　員 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医師 | 歯科医師 | | | 薬剤師 | | 栄養士  ・管理  栄養士 | | | | 診療  放射線技師 | | 臨床・衛生  検査技師 | | | 歯　科  衛生士 | | | 看護師・  准看護師 | | 助産師 | | その他 | | 計 |
|  |  | | |  | |  | | | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  |
| 病床数及び病床の種別ごとの病床数並びに各病室の病床数（入所数） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 病床種別 | | | 病室番号 | | | | | 病床数 | | | | | 病床種別 | | | | | | 病室番号 | | | | 病床数 | |
|  | | |  | | | | | 床 | | | | |  | | | | | |  | | | | 床 | |
|  | | |  | | | | | 床 | | | | |  | | | | | |  | | | | 床 | |
|  | | |  | | | | | 床 | | | | |  | | | | | |  | | | | 床 | |
|  | |  | | | | | | 床 | | | | | | 合計 | | 一般  　　療養 | | | 室  室 | | | | 床  床 | |
| 歯科技工室を設けようとするときは、その構造設備の概要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 開設年月日 | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管　理　者 | | | | | 住　所 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診療に従事する医師及び歯科医師の氏名、担当診療科名、診療日、診療時間並びに雇用年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　　名 | | | | | 職　名 | | 診療科名 | | | | | 診療日 | | | | | 診 療 時 間 | | | | 雇用年月日 | | | |
|  | | | | |  | |  | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |
|  | | | | |  | |  | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |
|  | | | | |  | |  | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |
|  | | | | |  | |  | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 勤務する薬剤師がいる場合は、その氏名 | | | | | | | |
| 氏　　　　名 | | | | | 摘　　　要 | | |
|  | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | |
| 助産所にあっては、助産師の氏名、勤務日及び勤務時間 | | | | | | | |
| 氏　　　　　　名 | 勤　務　日 | | | 勤　務　時　間 | | | 摘　　　　要 |
|  |  | | |  | | |  |
|  |  | | |  | | |  |
|  |  | | |  | | |  |
| 分べんを取り扱う助産所にあっては、嘱託医師の住所及び氏名並びに診療科目 | | | | | | | |
| 住　　　　　　　　所 | | 氏　　　　　　名 | | | | 診　療　科　名 | |
|  | |  | | | |  | |
|  | |  | | | |  | |
| 分べんを取り扱う助産所にあっては、嘱託する病院又は診療所の所在地及び名称 | | | | | | | |
| 所　　　　在　　　　地 | | | 名　　　　　　　称 | | | | |
|  | | |  | | | | |
|  | | |  | | | | |
| 出張のみによってその業務に従事する助産師（助産を行う者に限る。）にあっては、妊婦等の異常に対応する産科又は産婦人科及び小児科を標ぼうする病院又は診療所の所在地及び名称 | | | | | | | |
| 所　　　　在　　　　地 | | | 名　　　　　　　称 | | | | |
|  | | |  | | | | |
|  | | |  | | | | |

備考１　医師又は歯科医師にあっては、臨床研修修了登録証及び免許証の写し並びに履歴書（写真貼付）を添付すること。

　　２　助産師又は薬剤師にあっては、免許証の写し及び履歴書（写真貼付）を添付すること。

　　３　助産所の嘱託医師及び嘱託医療機関の記載に当たっては、嘱託した旨の書類を添付すること。