第１６号様式（第２条関係）

病院開設届

年　　月　　日

　越谷市長　宛

　　　　　　　　　開設者　住　　所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏　　名（法人にあっては、名称及び代表者の職氏名）

　　　　　　　　　　　　　電話番号

　次のとおり、医療法施行令第４条の２第１項の規定により届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 |  |
| 所在地 | 電話番号　　　　　　　 　ＦＡＸ番号 |
| 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 |
|  |  |  |  | 年 月 日 |
|  |  |  |  | 年 月 日 |
|  |  |  |  | 年 月 日 |
|  |  |  |  | 年 月 日 |
| 氏　　　　名 | 職名(診療科名) | 診 療 日 | 診療時間 | 雇用年月日 |
|  |  |  |  | 年 月 日 |
|  |  |  |  | 年 月 日 |
|  |  |  |  | 年 月 日 |
|  |  |  |  | 年 月 日 |
| 勤務する薬剤師がいる場合は、その氏名 |
| 氏　　　　名 | 摘　　　要 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

備考１　医師及び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　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。