

様式第3 (第2条関係)

病 院
診 療 所 開 設 届
助 産 所

年 月 日

豊橋市保健所長 様

届出者 住 所

ふりがな

氏 名

(法人にあつては、名称及び代表者氏名)

電話番号

次のとおり 病 院
診療所 を開設したので、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。
助産所

1 名称等

名 称	TEL
開 設 の 場 所	〒
開 設 年 月 日	年 月 日
管理者の氏名及び住所	
開設許可年月日及び番号	年 月 日・ 第 号

※ 管理者の臨床研修等修了登録証又は医師若しくは歯科医師免許証の写し（開設者又は管理者による原本証明を受けたもの）を添付してください。

2 診療に従事する医師又は歯科医師

医師又は 歯科医師 の別	氏 名	担 診 療 科 当 名	診 療 日	診 療 時 間	備考（勤務する医師又は 歯科医師のオンライン 診療の実施の有無）
	(管理者)				

※ 管理者以外について、医師又は歯科医師免許証の写し（開設者又は管理者による原本証明を受けたもの）を添付してください。

3 勤務する薬剤師

氏名	常勤・非常勤の別	備考（他に勤務する病院、診療所、薬局等の有無）

※薬剤師免許証の写し（開設者又は管理者による原本証明を受けたもの）を添付してください。

4 業務に従事する助産師

氏名	勤務する日	勤務時間	備考（他に勤務する助産所の有無）

※助産師免許証の写し（開設者又は管理者による原本証明を受けたもの）を添付してください。

5 分娩を取り扱う助産所については、嘱託医師及び嘱託した病院又は診療所

嘱託医師の氏名（又は嘱託病院若しくは診療所の名称）	嘱託医師の住所（又は嘱託病院若しくは診療所の所在地）

※医師等に嘱託した旨の書類を添付してください。

嘱託医師による対応が困難な場合の嘱託病院又は診療所の名称	嘱託病院又は診療所の所在地

※病院又は診療所に嘱託した旨の書類を添付してください。