

【様式第 7 号】

病院、診療所又は助産所開設届

年 月 日

(あて先) 秋 田 県 知 事

開設者 住 所
氏 名
電話番号
※法人であるときは、主たる事務所
の所在地、名称及び代表者の氏名

病院（診療所、助産所）の開設について（届出）

年 月 日付けで開設許可を受けた病院（診療所、助産所）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、次のとおり届け出ます。

| | | | |
|---|--------------|----------------------|------------------------|
| 1 名称 | | | |
| 2 開設の場所 | | | |
| 3 開設年月日 | | | |
| 4 管理者の住所及び氏名 | (住所) (氏名) | | |
| 5 診療に従事する医師（歯科医師）の氏名、担当診療科名、診療日及び診療時間又は業 務に従事する助産師の氏名、勤務の日及び勤務時間 | | | |
| 氏名 | 診療科名 | 診療日（助産所にあ っては勤務日） | 診療時間（助産所にあ っては勤務時間） |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 6 薬剤師の氏名 | | | |
| 7 勤務する医師（歯科医 師）がオンライン診療 を行うときはその旨 | | | |
| 8 助産所の嘱託医師の 住所及び氏名 | (住所) (氏名) | | |

【文書作成責任者等の連絡先】

(住 所)
(責任者または担当者名)
(連絡先) 電話番号：
メールアドレス：

[備考]

- 1 病院又は診療所の管理者については、臨床研修修了登録証若しくは免許証を提示し、又はその写しを、また、病院又は診療所の診療に従事する医師（歯科医師）については、医師免許証を提示し、又はその写しを添付すること。
- 2 助産所にあつては、業務に従事する者の助産師免許証を提示し、若しくはその写しを添付し、又は助産婦名簿の謄本を添付すること。
- 3 助産所にあつては、嘱託医師の承諾書を添付するとともに、その者の医師免許証を提示し、又はその写しを添付すること。