様式第５号

病院、診療所又は助産所開設届

（Ａ４判）

|  |
| --- |
| 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  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  ６　薬剤師の氏名  ７　助産所の嘱託医師の住所及び氏名 |

　備考

【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：

　　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してください。

　　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してください。

　　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してください。