

病 院 開 設 届  
診 療 所  
助 産 所

年 月 日

いわき市長 様

住所（所在地）

届出者 氏名（名称及び代表者氏名）

㊟

電話番号

注意 □のある欄は、該当する箇所に✓印を付けてください。

区 分	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 助産所					
名 称						
開設の場所	電話番号					
開設許可年月日	年	月	日	許可番号	第 号	
開設年月日	年 月 日					
管理者	住 所	電話番号				
	氏 名					
	管理者が現に管理している他の病院、診療所又は助産所	名 称				
		所在地	電話番号			
医師又は歯科医師	氏 名	担当診療科目	診 療 日	診 療 時 間 (勤務時間)	免 許	
					登録年月日	番 号
					年 月 日	第 号
					年 月 日	第 号

薬剤師又は助産師	職 種	氏 名	勤 務 日	勤務時間	免 許	
					登録年月日	番 号
					年 月 日	第 号
					年 月 日	第 号
その他の従業者	看護師	人	准看護師	人	栄養士	人
	診療放射線技師	人	診療エックス線技師	人	臨床検査技師	人
	衛生検査技師	人	理学療法士	人	作業療法士	人
	歯科技工士	人	歯科衛生士	人	臨床工学技士	人
	視能訓練士	人	言語聴覚士	人	精神保健福祉士	人
	看護補助者	人	調理員	人	事務員	人
	その他	人	合 計		人	
嘱託医師	住 所	電話番号				
	氏 名					
	免 許	年 月 日登録		番号	第 号	

備考

- 1 「嘱託医師」の欄は、助産所の場合のみ記入してください。
- 2 次に掲げる書類を添付してください。
  - (1) 管理者の免許証の写し及び履歴書
  - (2) 医師、歯科医師及び助産師の免許証の写し
  - (3) 助産所については、嘱託医師の嘱託医師となる旨の承諾書及び免許証の写し