様式第４号

**病　院・診　療　所・助　産　所　開　設　届**

令和　　　年　　　月　　　日

いわき市長

開設者住所　〒

電　　話

　下記のとおり（病院・診療所・助産所）を開設したので届け出ます。

記

１　名称（ふりがな）

２　開設の場所

〒

TEL　　　　　－　　　　－　　　　　　FAX　　　　　－　　　　－

E-mail

３　開設許可年月日及び許可指令番号

令和　　　　年　　　月　　　日

第　　　　　　　　　号

４　開設の年月日

令和　　　　年　　　月　　　日

５　管理者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住所 | 〒 | |
| （ふりがな）  氏名 | （） | |
| 管理者が現に他の病院、診療所又は助産所を管理しているとき | （ふりがな）  名称 | 所在地 |
| () |  |

６　診療に従事する医師又は歯科医師

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  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 | 登録番号 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

７　薬剤師又は助産師

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職種 | （ふりがな）  氏名 | 勤務日 | 勤務時間 | 免許 | |
| 登録年月日 | 登録番号 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

８　その他の従業者

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 看護師 | 准看護師 | 栄養士・管理栄養士 | 診療放射線技師 | 診療エックス線技師 | 臨床検査技師 | 衛生検査技師 | 理学療法士 | 作業療法士 | 歯科技工士 | 歯科衛生士 | 臨床工学技士 | 視能訓練士 | 言語聴覚士 | 精神保健福祉士 | 看護補助者 | 調理員 | 事務員 | その他 | 計 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 人 |

９　助産所については、嘱託医師の住所氏名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 住所 | 〒 | | |
| （ふりがな）  氏名 | （） | | |
| 免許 | 年　　　月　　　日登録 | 番号 | 第号 |

10　助産所については、嘱託する病院又は診療所の住所名称

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　　　　所 | 〒 |
| 名　　　　　称 |  |

添付書類

1. 管理者については、免許証の写し及び履歴書
2. 診療に従事する医師、歯科医師及び業務に従事する助産師の免許証の写し
3. 分娩を取り扱う助産所の嘱託医師については、当該医師に嘱託した旨の書類
4. 分娩を取り扱う助産所の嘱託の医療機関については、次の書類

・当該医療機関が診療科名中に産科又は産婦人科を有する旨の書類

・当該医療機関に対し嘱託を行った旨の書類

※小数点第三位切り捨てにて記入すること。