第12号様式（別表第１の12関係）

 年　　月　　日

 　青森県知事　殿

 〔法人であるときは、主たる事務所の所在地〕

 住　所

 開設者

 〔法人であるときは、名称及び代表者氏名〕

 氏　名

病院（診療所、助産所）開設届

　　　　年　　　月　　　日付け指令第　　　　号で開設の許可を受けた病院（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、下記のとおり届け出ます。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 病院（診療所、助産所）の名称等 | 名称 |  |
| 所在地 | 〒（電話）　　　　　　　　　（ＦＡＸ） |
| 開設年月日 | 　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 管理者の住所及び氏名等 | 氏名（ふりがな） |  |
| 住所 |  |
| 臨床研修等修了又は医籍（歯科医籍、助産師籍）登録 | 番号 |  |
| 年月日 |  |
| 診療に従事する医師歯科医師）の氏名、担当診療科目等 | 氏名（ふりがな） |  |  |  |  |
| 担当診療科目 |  |  |  |  |
| 診療に従事する日（曜日） |  |  |  |  |
| 診療時間 |  |  |  |  |
| 医籍（歯科医籍）登録 | 番号 |  |  |  |  |
| 年月日 |  |  |  |  |
| 備考 |  |  |  |  |
| 勤務する薬剤師の氏名等 | 氏名（ふりがな） |  |  |
| 薬剤師名簿登録 | 番号 |  |  |
| 年月日 |  |  |
|
| 助産所の場合のみ | 予定する嘱託医師又は診療所、嘱託医師による対応が困難な場合のために嘱託する病院又は診療所 | 氏名（ふりがな）又は名称 |  |
|
| 住所又は所在地 |  |
| 医籍登録 | 番号 |  |
| 年月日 |  |
| 助産師 | 氏名（ふりがな） |  |  |
| 助産師籍登録 | 番号 |  |  |
| 年月日 |  |  |
| 担当者職氏名連絡先 | （電話）　　　　　　　　　　　（ＦＡＸ）（Ｍａｉｌ） |

注意事項

１　添付書類

（１）管理者の臨床研修修了登録証又は免許証の写し及び診療に従事する医師又は歯科医師の免許証の写し並びに業務に従事する薬剤師又は助産師の免許証の写し

（２）助産所にあっては、嘱託医師になる旨の承諾書若しくは契約書又は合意書の写し及び免許証の写し（出張のみの助産所は不要）

（３）（開設時の）従業者名簿（氏名、職名、免許番号（有資格の医療従事者）、担当診療科名、常勤・非常勤の別（非常勤にあっては、月当たりの勤務日数及び勤務時間数並びに本務先）を記載したもの）

（４）麻酔科を標榜した場合は、麻酔科標榜許可証の写し

２　提出先及び提出部数

（１）病院の場合

届出に係る機関の所在地を管轄する保健所（ただし、病院の所在地が青森市又は八戸市の場合はそれぞれ東地方保健所又は三戸地方保健所）へ１部提出すること。なお、収受印を押印した副本の返戻が必要な場合には、併せて副本を１部提出すること。

（２）診療所又は助産所の場合

届出に係る機関の所在地を管轄する保健所へ１部提出すること。なお、収受印を押印した副本の返戻が必要な場合には、併せて副本を１部提出すること。（診療所又は助産所の所在地が青森市又は八戸市の場合はそれぞれ青森市保健所又は八戸市保健所へ問い合わせること。）

３　期日

　　開設後10日以内に届け出ること。