

様式第4号（第5条関係）

診療所、助産所開設届				
1 名称		電話番号	局 番	
2 開設の場所				
3 開設年月日				
4 管理者	住所			
	氏名			
5 診療に従事する医師若しくは 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	担当診療科名	診療日	診療時間
6 勤務薬剤師の氏名				
7 助産所については嘱託医師の 住所及び氏名	住所			
	氏名			
	承諾書	別添のとおり		
8 公的医療機関については診療 報酬額				

9 保健師、助産師、看護師、准看護師、X線技師、栄養士、歯科技工士、歯科衛生士	職種	氏名	免許登録年月日	登録番号	職種	氏名	免許登録年月日	登録番号
10 その他の従業員	事務長氏名	事務員	看護助手	厨手	雑役婦	その他	計	
		名	名	名	名	名	名	名
<p>上記のとおり 年 月 日付け 第 号をもって開設許可を受けた診療所、助産所を開設したので届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>開設者 住 所 氏 名</p> <p>鳥取市保健所長 様</p> <p style="text-align: right;">⑩ 〔 法人のときは主たる事務所所在地、 その名称及び代表者職氏名 〕</p>								

注 医師、歯科医師については免許証の写し、助産師については助産師免許証の写し又は助産婦名簿の謄本を添付すること。
氏名を自署する場合は、押印を省略することができる。