



病 院  
 診 療 所  
 助 産 所

# 開 設 届

(表)

年 月 日

藤 沢 市 保 健 所 長

〒 ー

住 所

開 設 者

氏 名

電 話

( )

(法人の場合、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の職・氏名)

次のとおり届け出ます。

1 病 院 診 療 所 助 産 所	ふりがな 名 称	
	開設場所	〒 ー 神奈川県藤沢市
	電話番号 FAX番号 Eメール	( ) ( ) @
2 開設許可	年 月 日	年 月 日
	許可番号	第 ー 001 ー 号
3 開設年月日		年 月 日
4 管 理 者	住 所	〒 ー
	ふりがな 氏 名	
	電話番号	( )

(裏面へ続く)

以下、保健所使用欄

標記のとおり届出があったため、受理するものです。

施行番号 : 202 - 005 -

施設番号 :

起案 年月日	所 長	副所長	課 長	主 幹	課長補佐	主 査	担 当	起案者
決裁 年月日								

(裏)

5 診療に従事する医師・歯科医師（管理者含む）  別紙のとおり

氏名	免許証番号 登録年月日 臨床研修修了 登録年月日	勤務形態	担当診療科名	診療日	診療時間
<input type="checkbox"/> 医 <input type="checkbox"/> 歯	第 . . 号 . . <input type="checkbox"/> 対象外	常・非			
<input type="checkbox"/> 医 <input type="checkbox"/> 歯	第 . . 号 . . <input type="checkbox"/> 対象外	常・非			
<input type="checkbox"/> 医 <input type="checkbox"/> 歯	第 . . 号 . . <input type="checkbox"/> 対象外	常・非			

6 業務に従事する助産師

氏名	免許証番号 登録年月日	勤務の日	勤務時間	勤務形態
	第 . . 号			常・非
	第 . . 号			常・非

7 勤務する薬剤師  別紙のとおり

氏名	免許証番号	登録年月日	勤務形態
	第 . . 号	年 月 日	常・非
	第 . . 号	年 月 日	常・非

8 嘱託医師等（分娩を取り扱う助産所）

嘱託医師（もしくは産科・産婦人科を有する病院・診療所の担当医師のいずれかが対応）	住所	
	氏名又は名称	
嘱託する病院又は診療所	住所（所在地）	
	名称	

9 オンライン診療の実施

<input type="checkbox"/> 実施する	<input type="checkbox"/> 実施しない
-------------------------------	--------------------------------

（添付書類）

- ・ 管理者及び従事する医師、歯科医師の免許証及び臨床研修修了登録証の写し
- ・ 従事する薬剤師及び助産師の免許証の写し
- ・ 管理者及び従事する医師、歯科医師、薬剤師、助産師の履歴書
- ・ 助産所の開設にあつては、嘱託医師となる旨の承諾書、免許証の写し及び嘱託病院・診療所となる旨の承諾書
- ・ その他必要書類