

第6号様式(第6条関係)

(表)

年 月 日				
東京都知事 殿				
開設者 住 所				
氏 名				
電話番号 ()				
〔法人にあつては、名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名〕				
病 院 開 設 届				
年 月 日付 第 号で開設の許可を受けた病院を開設したので、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				
1 名 称				
2 所 在 地		電話番号 ()		
3 開 設 年 月 日		年 月 日		
4 管 理 者	現 住 所			
	氏 名			
	臨床研修等修了 登 録 年 月 日	年 月 日	保健所担当者確認欄	
	免許証番号及び 登 録 年 月 日	第 年 月 日 号	保健所担当者確認欄	
5 診 療 日 時				

(日本産業規格A列4番)

(裏)

6 診療に従事する医師(歯科医師)の氏名、担当診療科名及び診療日時						
氏名	担当診療科名	診療日時	臨床研修等 修了登録 年月日	免許証番号 及び登録 年月日	保健所担当者 確認欄	
7 業務に従事する助産師の氏名及び勤務日時						
氏名	勤務日時	免許証番号及び 登録年月日		保健所担当者 確認欄		
8 薬剤師						
氏名	免許証番号	登録年月日		保健所担当者確認欄		
9 その他の従業者						
看護師	准看護師	診療放射線 (エックス線) 技師	栄養士	事務員	その他	計
名						名
10 添付書類						
(1) 管理者の臨床研修等修了登録証の写し、免許証の写し及び職歴書 (2) 診療に従事する医師又は歯科医師の臨床研修等修了登録証の写し及び免許証の写し (3) 業務に従事する助産師の免許証の写し (注) 臨床研修等修了登録証の写し及び免許証の写しの添付は、本証の提示確認に代えることができる。提示確認の場合は、該当欄に保健所担当者の確認印を受けること。						