

(表)

年 月 日	
東京都知事 殿 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">住 所</div> 開設者 氏 名 ㊟ 電話番号 () ファクシ () ミリ番号 () [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 () ファクシミリ番号 ()
3	開 設 年 月 日 年 月 日
4 管 理 者	現 住 所
	氏 名
	免許証番号及び 登 録 年 月 日 第 号 年 月 日 保健所担当者確認欄 (注を参照すること。)
5	診 療 日 時

(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	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) 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。