

病院（診療所・助産所）開設届

年 月 日

神奈川県鎌倉保健福祉事務所長 殿

開設者 住 所  
氏 名

（法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名）

次のとおり病院（診療所・助産所）を開設したので、届け出ます。

名 称				電話 番号	( )
開 設 の 場 所					
開設許可年月日	年 月 日	指令番号	神奈川県指令 鎌保福 第 号		
開 設 年 月 日	年 月 日				
管理者の氏名			管理者の住所		
診療に従事する 医師又は 歯科医師	氏 名	担当診療科名	診 療 日	診 療 時 間	
業務に従事する 助 産 師	氏 名	勤 務 の 日		勤 務 時 間	
薬剤師が勤務するときは、その氏名					
オンライン診療の実施		<input type="checkbox"/> 該当		<input type="checkbox"/> 非該当	
分娩 <sup>べん</sup> を取り扱う助産所		<input type="checkbox"/> 該当（次の項目に記載してください。） <input type="checkbox"/> 非該当			
分娩 <sup>べん</sup> 時等の 異常に対応 する嘱託医 師 (※)	氏 名				
	住 所				
	勤務する 医療機関名	担 当 す る 診 療 科 名	<input type="checkbox"/> 産科 <input type="checkbox"/> 産婦人科		
上記による 対応が困難 な場合に嘱 託する病院 又は診療所	嘱 託 医 療 機 関 名	（患者を入院させるための施設を有するものに限りです。）			
	住 所				
	診 療 科 名	<input type="checkbox"/> 産科及び小児科 <input type="checkbox"/> 産婦人科及び小児科		新生児診療 の 可 否	

備考 ※印の欄は、医療法施行規則第15条の2第2項に規定する場合には、病院又は診療所の名称と住所を氏名と住所の欄に記載してください。

- 添付書類 1 管理者となる医師又は歯科医師の臨床研修修了登録証の写し、資格免許証の写し及び履歴書  
2 診療に従事する医師又は歯科医師の臨床研修修了登録証の写し、資格免許証の写し及び履歴書

- 3 業務に従事する薬剤師又は助産師の資格免許証の写し及び履歴書
- 4 分娩<sup>べん</sup>を取り扱う助産所の開設にあつては、嘱託医師となる旨の承諾書若しくは助産所が当該医師に嘱託した旨の書類、臨床研修修了登録証及び医師免許証の写し又は嘱託医療機関となる旨の承諾書
- 5 その他知事が必要と認める書類