

## 様式第6号（第5条関係）

## 診療所（助産所）開設後の届出

令和〇年〇月〇日

水戸市長 様

住所又は所在地 水戸市笠原町〇〇〇－〇〇  
氏名又は名称 医療法人〇〇会  
代表者の氏名 理事長 〇〇 〇〇  
連絡先 〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇〇

診療所（助産所）を開設したので、医療法施行令第4条の2第1項の規定により次のとおり届け出ます。

|                         |                         |              |       |
|-------------------------|-------------------------|--------------|-------|
| ふりがな                    | いりょうほうじん〇〇かい 〇〇ないかくりにっく |              |       |
| 1 名称                    | 医療法人〇〇会 〇〇内科クリニック       |              |       |
| 2 開設の場所                 |                         |              |       |
| 郵便番号                    | 3 1 0－〇〇〇〇              |              |       |
| 所在地                     | 水戸市笠原町〇〇〇－〇〇            |              |       |
| 電話番号                    | 〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇〇            |              |       |
| FAX番号                   | 〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇〇            |              |       |
| 3 開設許可年月日及び指令番号         | 令和〇年〇月〇日<br>医事指令第〇〇号    |              |       |
| 4 開設の年月日                | 令和〇年〇月〇日                |              |       |
| 5 管理者                   |                         |              |       |
| 住所                      | 茨城県水戸市中央〇〇〇－〇〇          |              |       |
| 氏名                      | 〇〇 〇〇                   |              |       |
| 臨床研修修了登録証又は免許証番号及び登録年月日 | 第〇〇〇〇〇〇号<br>令和〇年〇月〇日    | 再教育研修修了登録年月日 | 年 月 日 |

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                |                      |                                              |                                              |                      |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------|
| 6 診療に従事する医師及び歯科医師の氏名、担当診療科名、診療日及び診療時間   |                                                                                                                                                                                                                                                |                      |                                              |                                              |                      |
| 氏名                                      | 職種                                                                                                                                                                                                                                             | 担当診療科名               | 診療日                                          | 診療時間                                         | 免許証番号及び登録年月日         |
| 〇〇 〇〇                                   | 医師                                                                                                                                                                                                                                             | 内科<br>外科<br>小児科      | 月～金                                          | 9 : 0 0 ～ 1 2 : 0 0<br>1 3 : 3 0 ～ 1 7 : 0 0 | 第〇〇〇〇〇〇号<br>令和〇年〇月〇日 |
| 〇〇 〇〇                                   | 医師                                                                                                                                                                                                                                             | 精神科                  | 月・水<br>第2金                                   | 9 : 0 0 ～ 1 2 : 0 0                          | 第〇〇〇〇〇〇号<br>令和〇年〇月〇日 |
|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                |                      |                                              |                                              | 第 号<br>年 月 日         |
| 7 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                                      | 勤務の日                                                                                                                                                                                                                                           |                      | 勤務時間                                         |                                              | 免許証番号及び登録年月日         |
| 〇〇 〇〇                                   | 月～金                                                                                                                                                                                                                                            |                      | 9 : 0 0 ～ 1 2 : 0 0<br>1 3 : 3 0 ～ 1 7 : 0 0 |                                              | 第〇〇〇〇〇〇号<br>令和〇年〇月〇日 |
|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                |                      |                                              |                                              | 第 号<br>年 月 日         |
| 8 嘱託医師等の住所又は所在地及び氏名又は名称（分べんを取り扱う助産所の場合） |                                                                                                                                                                                                                                                |                      |                                              |                                              |                      |
| 医療法施行規則第15条の2第1項の医師又は同条第2項の病院若しくは診療所    |                                                                                                                                                                                                                                                | 住所又は所在地              | 水戸市中央〇〇〇－〇〇                                  |                                              |                      |
|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                | 氏名又は名称               | 〇〇〇〇産婦人科病院<br>又は<br>〇〇 〇〇（医師個人）              |                                              |                      |
| 医療法施行規則第15条の2第3項の嘱託する病院又は診療所            |                                                                                                                                                                                                                                                | 住所又は所在地              | 水戸市中央〇〇〇－〇〇                                  |                                              |                      |
|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                | 名称                   | 〇〇〇〇産婦人科病院                                   |                                              |                      |
| 9 薬剤師の氏名、免許証番号及び登録年月日（薬剤師が勤務する場合）       |                                                                                                                                                                                                                                                |                      |                                              |                                              |                      |
| 氏名                                      |                                                                                                                                                                                                                                                | 免許証番号及び登録年月日         |                                              |                                              |                      |
| 〇〇 〇〇                                   |                                                                                                                                                                                                                                                | 第〇〇〇〇〇〇号<br>令和〇年〇月〇日 |                                              |                                              |                      |
| 10 添付書類                                 | (1) 診療所にあつては、管理者の履歴書及び臨床研修修了登録証の写し（管理者が医師法第7条の2第1項の規定による厚生労働大臣の命令又は歯科医師法第7条の2第1項の規定による厚生労働大臣の命令を受けた者である場合には、再教育研修修了登録証の写しについても添付すること。）<br><br>(2) 助産所にあつては、管理者の履歴書及び免許証の写し（管理者が保健師助産師看護師法第15条の2第1項の規定による厚生労働大臣の命令を受けた者である場合には、再教育研修修了登録証の写しについ |                      |                                              |                                              |                      |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>ても添付すること。)</p> <p>(3) 診療に従事する医師若しくは歯科医師又は業務に従事する助産師の免許証の写し</p> <p>(4) 薬剤師が勤務する場合は、薬剤師の免許証の写し</p> <p>(5) 分べんを取り扱う助産所の場合は、次の書類</p> <p>ア 医療法施行規則第 15 条の 2 第 1 項の規定により医師を嘱託医師と定めた旨の書類又は同条第 2 項の病院若しくは診療所が診療科名中に産科若しくは産婦人科を有する旨の書類及び当該病院若しくは診療所に対し同項の規定による嘱託を行った旨の書類</p> <p>イ 医療法施行規則第 15 条の 2 第 3 項の規定により病院又は診療所に嘱託した旨の書類</p> |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

注 「10 添付書類」の(1)について、次の各号に該当する者は、臨床研修修了登録証の写しの代わりに、医師免許証又は歯科医師免許証の写しを添付すること。

- (1) 平成 16 年 4 月 1 日前に医師免許を受けている者
- (2) 平成 16 年 4 月 1 日前に医師免許の申請を行い、同日以後に医師免許を受けた者
- (3) 平成 18 年 4 月 1 日前に歯科医師免許を受けている者
- (4) 平成 18 年 4 月 1 日前に歯科医師免許の申請を行い、同日以後に歯科医師免許を受けた者