

(記載例)

第5号様式(第3条関係) (用紙 日本産業規格A4縦長型)

病院(診療所・助産所)開設届

令和〇年〇月〇日

神奈川県 〇〇保健福祉事務所長 殿

開設者 住 所 〇〇市△△ 〇丁目□□□□

氏 名 医療法人 ●●●●●

理事長 〇〇 〇〇

(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)

住所に関して神奈川県以外の場合は、都道府県名から記載してください

フリガナを振ってください

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	イリョウホウジンマルマル サンカクサンカクイイン 医療法人●●● △△医院		電話 番号	(XXX) XXX-XXXX
開 設 の 場 所	〇〇市△△ 〇丁目〇〇		許可証に記載の許可番号を記入する	
開設許可年月日	令和〇年〇月〇日	指令番号	神奈川県指令 XX 第 XXXX 号	
開 設 年 月 日	令和〇年〇月〇日			
管理者の氏名	〇〇 〇〇〇	管理者の住所	■■県〇〇市△△ 〇丁目〇〇〇	
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
	〇〇 △△	内科、消化器内科	月~金	9:00~12:00 15:00~18:00
欄に記載できない場合は、「別紙のとおり」と記載し、別紙にまとめる				
業務に従事する 助 産 師	氏 名	勤 務 の 日	勤 務 時 間	
	助産所の記載事項です		原本確認しますので持参ください	
薬剤師が勤務するときは、その氏名		〇〇 □□	(免許番号: XX-XXXX)	
オンライン診療の実施		<input type="checkbox"/> 該当	<input checked="" type="checkbox"/> 非該当	
分娩を取り扱う助産所		<input type="checkbox"/> 該当 (次の項目は)		
分娩時等の 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ます。)		
	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

添付書類にもれが無いか確認してください