

病院開設届

年 月 日

熊本市保健所長(宛)

届出人(開設者)

印

病院を開設したので、医療法施行令第4条の2第1項の規定により次のとおり届出をします。

開設者	(フリガナ)							
	氏名 (法人の場合はその名称)							
住所 (法人の場合は主たる事務所の所在地)	〒							
	TEL							
(フリガナ)								
名称								
開設の場所		〒		校区				
		TEL		FAX				
開設年月日		年 月 日		年 月 日				
許可(開設)年月日		開設許可		使用許可		開設		
		年 月 日		年 月 日		年 月 日		
指令番号		指令(医政)第 号		指令(医政)第 号				
病床数		種別	一般	療養	精神	感染症	結核	計
所長	課長	副課長	主幹	主査	班員			
受付印				決裁印				
							起案	
							年 月 日 本届出書を受理したので 供覧します。	

備考 氏名を自署する場合は、押印は不要です。

管 理 者	氏 名				
	住 所				
診療に従事する医師・歯科医師	職 名	氏 名	診 療 科 目	診 療 日	診 療 時 間
業務に従事する助産師	氏 名	勤 務 日	勤 務 時 間		
勤務する薬剤師の氏名					
申請予定保険診療	1.健保・船保・共済 2. 国保 3.労災 4.結核予防 5.生活保護 6.その他( )				