様式第13号

病院開設届

　　　年　　　月　　　日

熊本市保健所長(宛)

届出人(開設者)

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 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | 開設許可 | | | | | | 使用許可 | | | | 開設 | | | |
| 許可(開設)年月日 | | | | | 年 月 日 | | | | | | 年 月 日 | | | | 年 月 日 | | | |
| 指令番号 | | | | | 指令(医対)第 　　号 | | | | | | 指令(医対)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 | | | 起案  　 　年　　月　　日  本届出書を受理したので  供覧します。 | | | |
|  | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | |
| 受 付 印 | | | | | | | | 決 裁 印 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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( ) | | | | | |