

第5号様式

診療所開設届

年 月 日

船橋市保健所長 あて

開設者住所（法人の場合は主たる事務所所在地）
〒

開設者氏名（法人の場合は名称、代表者職氏名）

印

電話番号（ ）

年 月 日付け、船橋市保総指令第 号の をもって開設を許可された診療所を下記のとおり開設したので届け出ます。

記

1 名称	電話番号（ ）
2 開設場所	〒
3 開設年月日	
4 管理者住所及び氏名	電話番号（ ）

5 診療に従事する医師若しくは歯科医師の氏名、担当診療科名、診療日及び診療時間

氏名	担当診療科名	診療日	診療時間

6 薬剤師が勤務するときは、その氏名、勤務日及び勤務時間

添付書類

医師、歯科医師又は薬剤師については、免許証の写し（要原本照合）及び履歴書

- ・平成16年4月以降に医師免許申請した臨床研修修了医師については、臨床研修修了登録証の写し（要原本照合）
- ・平成18年4月以降に歯科医師免許申請した臨床研修修了歯科医師については、臨床研修修了登録証の写し（要原本照合）