**診　療　所　開　設　届**（医療法人等開設用）

年　　月　　日

福山市保健所長　様

住所

開設者

名前

　　次のとおり診療所を開設しました。

|  |  |
| --- | --- |
| （フリガナ）名　称 |  |
|  |
| 所在地 | ℡（　　　）　　　－ |
| 開設年月日 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 管理者 | 住所 |
| （フリガナ） |
| 名前 |
| 診療・業務従事者 | 職種 | 名前 | 担当診療科目 | 診療日勤務日 | 診療時間勤務時間 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 薬剤師 | 名前 | 住所 |

注１　不用の欄は、消すこと。

（２０２１．８改訂）