

様式第 2 1 号 (第 2 条関係)

年 月 日			
(提出先) 川越市保健所長			
開設者 住所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)  氏名 (法人にあっては、名称及び代表者の職氏名)  電話番号			
診療所・助産所開設届			
医療法施行令第 4 条の 2 第 1 項の規定により、次のとおり届け出ます。			
名称			
所在地	電話番号		
開設年月日	年	月	日
管理者	氏名		
	住所		
オンライン診療の有無	有 ・ 無		
診療に従事する医師及び歯科医師の氏名、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

業務に従事する助産師の氏名、勤務の日及び勤務時間			
氏名	勤務日	勤務時間	摘要
分べんを取り扱う助産所にあつては、嘱託医師の住所及び氏名			
住所		氏名	
分べんを取り扱う助産所にあつては、嘱託する病院又は診療所の所在地、名称及び診療科名			
所在地	名称	診療科名	
勤務する薬剤師			
氏名		摘要	
出張のみによってその業務に従事する助産師（助産を行う者に限る。）にあつては、妊婦等の異常に対応する産科又は産婦人科及び小児科を標ぼうする病院又は診療所の所在地及び名称			
所在地		名称	