（個人開設）

**診療所開設届（巡回診療）**

令和　　年　　月　　日

神戸市保健所長　あて

　　　　　　〒

開設者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　 開設者氏名

巡回診療の実施に伴い、次のとおり診療所を開設したので届けます。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | 診療所に関する事項 | ふりがな | | | |  | | | | | | | |
| 名　　　　称 | | | |  | | | | | | | |
| 所在地 | | | | 〒  ℡（　　　　　　）　　　　　－ | | | | | | | |
| 実施場所 | | | |  | | | | | | | |
| 巡回診療を実施する日時 | | | | 令和　　年　　月　　日　　午前　　　　～  　　　　　　　　　　　　　　午後　　　　～ | | | | | | | |
| 診療科目 | | | |  | | | | | | | |
| ２ | 管理者  （実施責任者） | ふりがな | | | |  | | | | | | | |
| 氏　　名 | | | |  | | | | | | | |
| 住 所 | | | | 〒 | | | | | | | |
| 同時に２つの診療所または病院を管理する場合 | | | | イ 該当なし | | | | | ロ　該当あり  　　　施設名称 | | |
| ３ | 従業者の  定員 | 医師 | 歯科医師 | 薬剤師 | 看護師 | 准看護師 | 歯科衛生士 |  |  |  | |  | 所在地 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
| ４ | 開設年月日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日（巡回診療実施年月日） | | | | | | | | | | | |

※医師については平成16年４月２日以降、歯科医師については平成18年４月２日以降の免許登録の場合、**臨床研修を修了していないと個人開設はできません**。

**９－２・１/４**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ５ | 診療に従事する医師・歯科医師  ※管理者も含めて記入 | 氏名 | 担当診療科目 | | | 勤務日時 | | | | 備　考 | |
|  |  | | |  | | | |  | |
|  |  | | |  | | | |  | |
|  |  | | |  | | | |  | |
|  |  | | |  | | | |  | |
|  |  | | |  | | | |  | |
|  |  | | |  | | | |  | |
| ６ | 薬剤師 |  |  | | |  | | | |  | |
|  |  | | |  | | | |  | |
| ７ | 開設者に関する事項 | ふりがな |  | | | | | | | | |
| 開設者氏名 |  | | | | | | | | |
| 開設者住所 | ℡　（　　　　　　）　　　　　　　－ | | | | | | | | |
| 開設の目的  維持の方法 |  | | | | | | | | |
| 現に開設している病院または診療所 | 名　称  所在地 |  | | | | | | | |
| ８ | 建物の構造設備の概要 | 主要建物の構造 | 造　　　階建（内診療所部分　　　　　階） | | | | | | | | | |
| 構造設備 | 用　途 | | | | 面積（㎡） | | 設備･器具等 | | | |
|  | | | |  | |  | | | |
|  | | | |  | |  | | | |
|  | | | |  | |  | | | |
|  | | | |  | |  | | | |
|  | | | |  | |  | | | |
|  | | | |  | |  | | | |
| 構造設備上の参考事項 |  | | | | | | | | | |
|  | Ⅹ線装置の概要  □エックス線装置なし | 用　途 | メ－カ－名 | | 型　式 | | | 定格出力 | | | 備　考 | |
|  |  | |  | | |  | | |  | |
|  |  | |  | | |  | | |  | |

**※エックス線装置のある場合は「診療用エックス線装置備付届」を同時に提出のこと。　９－２・２/４**

|  |  |
| --- | --- |
| ９ | 敷地周囲の見取図　(別紙添付可)  診療所周辺の建物等がわかる平面図（住宅地図等） |
| 10 | 建物の平面図　（別紙添付可）  診療所の室名及び設備等が確認できる平面図（寸法を記入）  診療の用に供する階全ての平面図 | |

**９－２・３/４**

履歴書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 本　籍 | | | 都・道・府・県 | |
| 現住所 | | | 〒 | |
| 氏　名（ふりがな） | | |  | |
| 生年月日 | | | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日生 | |
| 履歴事項（学歴・職歴） | 年 月 日 | |  | |
| 年 月 日 | |  | |
| 年 月 日 | |  | |
| 年 月 日 | |  | |
| 年 月 日 | |  | |
| 年 月 日 | |  | |
| 年 月 日 | |  | |
| 年 月 日 | |  | |
| 年 月 日 | |  | |
| 年 月 日 | |  | |
| 年 月 日 | |  | |
| 年 月 日 | |  | |
| 年 月 日 | |  | |
| 年 月 日 | |  | |
|  | | 現在に至る | |
| 賞罰 |  | | | |
| 免許登録種別（○を付する） | | | | 医籍登録　　歯科医籍登録　　薬剤師登録　　助産師登録 |
| 免許登録年月日・番号 | | 年　　　月　　　日　　　第　　　　　　　　　号 | | |
| 上記のとおり相違ありません。  令和　　年　　月　　日  氏名　　　　　　　　　　　　　　　無 | | | | |

※履歴は大学から記入のこと。

※管理者となる医師については平成16年４月１日以降、

歯科医師については平成18年４月１日以降の免許登録の場合、**臨床研修修了登録証**写を添付のこと。

**９－２・４/４**

（個人開設）

**診療所開設届について(巡回診療)**

医師・歯科医師が、巡回診療の実施に伴い自ら診療所を開設したときは、開設後１０日以内に『診療所開設届』

を提出してください。

　　　提出部数 ３部（うち１部は診療所控です。保健センターの受付印をもらってください）

　　　提出先 保健センター（各区役所内）

１．記入上の注意

　　　⑴開設者住所・氏名　　　　必ず開設者個人について記入してください。

　　　⑵診療科目　　　　　　　　医療法に定められた科目を記入してください。神経科、呼吸器科、消化器科、胃腸科、循環器科、皮膚泌尿器科、性病科、こう門科、気管食道科は標榜できません。

　　　　　　　　　　　　　　　　麻酔科を標榜する場合は、『標榜許可証』の写が必要です。

　　　⑶診療に従事する　　　　　管理者も含めて全員記入してください。

　　　　医師・歯科医師　　　　　診療に従事する医師・歯科医師全員の履歴書及び免許証写を添付してください。

※管理者となる医師については平成１６年４月１日以降、歯科医師については平成１８年

４月１日以降の免許登録の場合、**臨床研修修了登録証**写を添付のこと。

　　　⑷開設者に関する事項　　　開設者住所・氏名は上記⑴のとおり正確に記入してください。

　　　　　　　　　　　　　　　　現に開設・管理・勤務している病院または診療所欄は、該当なけれ

　　　　　　　　　　　　　　　　ばその旨記入してください。

　　　　　　　　　　　　　　　　維持方法については、「保険診療」「自由診療」等を記入してくだ

　　　　　　　　　　　　　　　　さい。

　　　⑸建物の構造設備の概要　　診療所の設備全てについて記入してください。

　　　　平面図　　　　　　　　　平面図は別紙添付可

　　　⑹履歴書　　　　　　　　　他の病院、診療所に勤務している場合は、履歴中に必ずその旨記入

　　　　　　　　　　　　　　　　してください。

　　　　　　　　　　　　　　　　退職した場合は「退職」と記入してください。

２．その他

**移動検診車等でＸ線装置を有する場合は、『診療用Ｘ線装置備付届』（様式２４）を併せて提出**

**してください。**

　　　　※直近６ヵ月以内に実施した線量測定の結果を添付。

　　　次の場合は別途申請が必要です。

　　　　①開設者自らが診療所を管理できない場合 『診療所管理免除許可申請書』

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（許可要件あり）

　　　　②管理者が既に他の病院または診療所を 『診療所管理者兼任許可申請書』

　　　　　管理する者である場合　　　　　　　　　　　　　　　　　　（許可要件あり）

　　　　③常時医師が３名以上いるが専属薬剤師を 『診療所専属薬剤師免除許可申請書』

　　　　　置かない場合　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（許可要件あり）

**９－２**(説明)