

様式第13号（第2条関係）

（その1）

（診療所の場合）

開 設 後 届（記載例）

令和〇〇年〇〇月〇〇日

（宛先）下関市立下関保健所長

〒751-0006

住 所 法人住所

届出者 法人名

氏 名 代表者役職・氏名

電 話 083（231）1711

令和〇〇年〇〇月〇〇日付け下関市指令保医第〇〇号で開設の許可を受けた診療所を下記のとおり開設したので、届け出ます。

記

施 設 の 名 称 ・ 開 設 場 所		管 理 者 の 住 所 ・ 氏 名	
名称：しものせきこころクリニック		〒751-0006 自宅住所	
〒751-0006 下関市南部町1番1号		氏名：氏名	
電話：083-231-1711 Fax：083-231-1376		管 理 者 の 診 療 時 間	
開設年月日	令和〇〇年 〇〇月 〇〇日	月	9:00～12:00 9:00～12:00
診 療 科 目		火	9:00～12:00 9:00～12:00
循環器内科、呼吸器内科 ※広告可能な診療科名をご確認ください。		水	9:00～12:00 9:00～12:00
		木	9:00～12:00 ～
		金	9:00～12:00 9:00～12:00
		土	9:00～12:00 ～
		日・祝日	～ ～
		その他	第2第4水曜日の午後は休診
業務に従事する医師・歯科医師・薬剤師・助産師（管理者は含まない）			
職種・担当診療科目	氏 名	勤務日	勤 務 時 間
非常勤医師・呼吸器内科	しものせき こころん	土曜日	9:00～12:00 ～
			～ ～
			～ ～
			～ ～
オンライン診療の実施		㊟ ・ 無	

添付書類 医師、歯科医師、薬剤師又は助産師の免許証の写し及び履歴書
備考

- 1 用紙の大きさは、日本産業規格A列4番とする。
- 2 届出者の住所及び氏名は、法人にあっては、その主たる事務所の所在地、名称並びに代表者の役職及び氏名を記入すること。