

様式第13号（第2条関係）

（その1）

（診療所の場合）

開 設 後 届

年 月 日

（宛先）下関市立下関保健所長

〒

住 所

届出者

氏 名

電 話 （ ）

年 月 日付け 第

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：		〒		
〒		氏名：		
電話：	Fax：	管 理 者 の 診 療 時 間		
開設年月日	年 月 日	月	～	～
診 療 科 目		火	～	～
		水	～	～
		木	～	～
		金	～	～
		土	～	～
		日・祝日	～	～
		その他		
業務に従事する医師・歯科医師・薬剤師・助産師				
職種・担当診療科目	氏 名	勤務日	勤 務 時 間	
			～	～
			～	～
			～	～
			～	～

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、法人にあつては、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。