第11号様式(第7条関係)

病院(診療所・助産所)開設届

年　　月　　日

　　大分県知事　　　　殿

住所

届出者

氏名

|  |  |
| --- | --- |
| 　 | 法人にあっては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の職氏名 |

電話番号(　　　)　　－

　　下記のとおり　　年　　月　　日付け　　第　　号で開設の許可を受けた病院(診療所・助産所)を開設したので、医療法施行令第4条の2第1項の規定により届け出ます。

記

　　ふりがな

　1　名称

　2　開設の場所　　　　　　郵便番号

　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　(電話番号(　　　　)　　　　－　　　　)

　3　開設年月日　　　　　　年　　　月　　　日

　4　管理者

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | 　 |
| 氏名 | 　 |
| 免許年月日 | 年　　月　　日　 | 免許番号 | 第　　　　　号 |

　5　診療に従事する医師(歯科医師)の氏名、担当診療科名、診療日及び診療時間又は業務に従事する助産婦の氏名、勤務日及び勤務時間

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 担当診療科名 | 診療日又は勤務日 | 診療時間又は勤務時間 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |

　6　薬剤師

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | 　 |
| 氏名 | 　 |

　7　嘱託医師若しくは、分娩時等の異常に対応する病院又は診療所(分娩を取り扱う助産所に限る。)

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | 　 |
| 氏名(名称) | 　 |

　8　嘱託医師の対応が困難な場合、新生児への診療を行うことができる病院又は診療所(分娩を取り扱う助産所に限る。)

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | 　 |
| 氏名 | 　 |

　添付書類(1、2、3については、開設許可時点と変更がない場合、省略して差し支えない。)

　　1　管理者の臨床研修修了登録証又は免許証の写し

　　2　勤務医師(歯科医師)の免許証の写し

　　3　分娩を取り扱う助産所の場合は、以下に掲げる書類

　　(1)　当該医師に嘱託した旨の書類、若しくは、分娩時等の異常に対応する病院又は診療所が診療科名中に産科又は産婦人科を有する旨の書類及び当該病院又は診療所に嘱託した旨の書類

　　(2)　嘱託医師による対応が困難な場合に対応する病院又は診療所が、診療科名中に産科又は産婦人科及び小児科を有し、かつ、患者を入院させるための施設を有する旨の書類及び当該病院又は診療所に嘱託した旨の書類

4　大分県外来医療計画に記載された不足する外来医療機能を担う予定を示す書類

　（病院又は助産所を開設する場合は不要）

参考様式（添付書類４関係　東部医療圏）

大分県外来医療計画に記載された不足する外来医療機能を担う予定

　　　　　年　　　月　　　日

住所

医療機関名

管理者名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 外来医療機能 | 担う予定 | 担う予定がない場合の理由 |
| 初期救急 | 有 ・ 無 |  |
| 在宅医療 | 有 ・ 無 |  |
| 産業医 | 有 ・ 無 |  |
| 学校医 | 有 ・ 無 |  |
| 予防接種 | 有 ・ 無 |  |

参考様式（添付書類４関係　中部医療圏）

大分県外来医療計画に記載された不足する外来医療機能を担う予定

　　　　年　　　月　　　日

住所

医療機関名

管理者名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 外来医療機能 | 担う予定 | 担う予定がない場合の理由 |
| 初期救急 | 有 ・ 無 |  |
| 在宅医療 | 有 ・ 無 |  |
| 産業医 | 有 ・ 無 |  |
| 学校医 | 有 ・ 無 |  |
| 予防接種 | 有 ・ 無 |  |
| 介護認定審査会 | 有 ・ 無 |  |

参考様式（添付書類４関係　南部医療圏）

大分県外来医療計画に記載された不足する外来医療機能を担う予定

　　　　　年　　　月　　　日

住所

医療機関名

管理者名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 外来医療機能 | 担う予定 | 担う予定がない場合の理由 |
| 初期救急 | 有 ・ 無 |  |
| 在宅医療 | 有 ・ 無 |  |
| 産業医 | 有 ・ 無 |  |
| 学校医 | 有 ・ 無 |  |
| 予防接種 | 有 ・ 無 |  |
| 特定健診 | 有 ・ 無 |  |
| 介護認定審査会 | 有 ・ 無 |  |
| 准看護学校講師 | 有 ・ 無 |  |

参考様式（添付書類４関係　豊肥医療圏）

大分県外来医療計画に記載された不足する外来医療機能を担う予定

　　　年　　　月　　　日

住所

医療機関名

管理者名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 外来医療機能 | 担う予定 | 担う予定がない場合の理由 |
| 初期救急 | 有 ・ 無 |  |
| 在宅医療 | 有 ・ 無 |  |
| 産業医 | 有 ・ 無 |  |
| 学校医 | 有 ・ 無 |  |
| 予防接種 | 有 ・ 無 |  |
| 小児健診 | 有 ・ 無 |  |
| 介護認定審査会 | 有 ・ 無 |  |
| 准看護学校講師 | 有 ・ 無 |  |
| 検死 | 有 ・ 無 |  |
| 養護老人ホーム入所判定委員会 | 有 ・ 無 |  |
| 地域ケア会議 | 有 ・ 無 |  |

参考様式（添付書類４関係　西部医療圏）

大分県外来医療計画に記載された不足する外来医療機能を担う予定

　　　　　年　　　月　　　日

住所

医療機関名

管理者名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 外来医療機能 | 担う予定 | 担う予定がない場合の理由 |
| 初期救急 | 有 ・ 無 |  |
| 在宅医療 | 有 ・ 無 |  |
| 産業医 | 有 ・ 無 |  |
| 学校医 | 有 ・ 無 |  |
| 介護認定審査会 | 有 ・ 無 |  |
| 准看護学校講師 | 有 ・ 無 |  |
| 検死 | 有 ・ 無 |  |

参考様式（添付書類４関係　北部医療圏）

大分県外来医療計画に記載された不足する外来医療機能を担う予定

　　　　　年　　　月　　　日

住所

医療機関名

管理者名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 外来医療機能 | 担う予定 | 担う予定がない場合の理由 |
| 初期救急 | 有 ・ 無 |  |
| 在宅医療 | 有 ・ 無 |  |
| 産業医 | 有 ・ 無 |  |
| 学校医 | 有 ・ 無 |  |
| 小児健診 | 有 ・ 無 |  |
| 介護認定審査会 | 有 ・ 無 |  |
| 地域保健委員会 | 有 ・ 無 |  |
| 養護老人ホーム入所判定委員会 | 有 ・ 無 |  |
| 地域ケア会議 | 有 ・ 無 |  |