　　年　　月　　日

　福井市長　あて

開設者住所

開設者氏名　　　　　　　　　　(※)

(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

巡回診療所開設届

　下記のとおり診療所を開設したので、医療法第８条の規定により届けます。

　　　　　　　　　　　　　　　　　記

１　名　　　称

２　所　在　地

３　開設年月日　　　　　　年　　月　　日　　～　　　　　　年　　月　　日

４　診療科名

５　診療時間　　　　　　　　　　　　　　　～

６　管理者 (実施責任者)

　　　　（１）住　　　所

　　　　（２）氏　　　名

　　　　（３）医籍登録番号、年月日　　　　　　　　　　番　　　　　 年　　月　　日

７　開設目的

８　維持の方法及び診療報酬の徴収方法

備考

１　管理者免許証、履歴書、巡回診療所平面図、付近見取図、従事者名簿を添付すること。