

年 月 日

（あて先）浜松市保健所長

住所（所在地）

届出者

氏名（名称及び代表者氏名）

病院・診療所 開設後届

年 月 日付け浜松市指令 第 号で許可を受けた病院・診療所を開設したので、医療法施行令第4条の2第1項の規定により次のとおり届け出ます。

記

ふりがな 病院・診療所の名称					
開設の場所		TEL FAX			
開設の年月日					
管理者	住所				
	ふりがな 氏 名				
診療に従事する医師又は 歯科医師の氏名、担 当診療科名、診療日及 び診療時間		氏名	担当診療科名	診療日	診療時間
薬剤師の氏名					

勤務する医師又は歯科医師によるオンライン診療の実施 有☐