

記載例

医療機関等概要

- こちらに記載した医療機関等の名称や所在地等に一致する現在有効な開設許可等の内容（直近のもの）を確認できる書類の写し（例：開設許可書、開設許可事項変更許可書、届出受理通知書、許可更新通知書等のうち、該当するもの）を添付してください。

名称	医療法人社団 ●●会 ●●●●クリニック		
所在地	川崎市●●区●●町1-2-3		
メールアドレス	xxxx@example.jp	電話番号	044-●●●●-●●●●
診療科目*	内科、循環器内科		
病床数	0 床	医療機関コード (または事業所番号)	7654321
川崎市民の 入院・入所者数	床	※ 所在地が川崎市の場合、記載不要です。 ※ 提出日時点の人数を記載してください。	
管理者名 (院長・施設長等)	院長 川崎 太郎		
職員	職種	現員	
		常勤	非常勤
	医師	3 人	1 人
	看護師	5 人	3 人
	准看護師	人	人
	看護補助者		
	薬剤師		
	事務職		
	合計	10 人	5 人
診療曜日* 及び 診療時間*	月～金 9時～12時、15時～19時 土 9時～13時 日・祝日は休診		
開設者	<input type="checkbox"/> 個人 <input checked="" type="checkbox"/> 法人 (どちらかに✓印を入れてください。)		
	※ 開設者が法人の場合に御記入ください (開設者が個人の場合は記入不要です。)		
開設者	法人名 : 医療法人社団 ●●会		
	法人所在地 : 川崎市●●区●●町1-2-3		
開設者	法人代表者職・氏名 :		
	理事長 川崎 太郎		

- 予防接種を行わない医師等を含め、医療機関等全体の現員数を記載してください。
- 欄が不足する場合は、別紙又は既存の資料等を添付してください。
- 別紙 1-1 に記入した「予防接種に従事する全ての医師名」より、別紙 1-2 の医師の数が少なくならないよう、ご注意ください。

- 欄が不足する場合は、別紙又は既存の資料等を添付してください。

チェックもれに
御注意ください。

※ 高齢者等施設の場合、*の項目への記載は省略可。