



(裏)

|                                                                         |             |                          |                                         |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------|-----------------------------------------|
| 診療に従事する医師<br>(歯科医師)                                                     | 氏 名         | 〇〇 〇〇                    | 管理者も含めて診療に従事する医師(歯科医師)を記載<br>(別紙の添付でも可) |
|                                                                         | 担 当 診 療 科 名 | 内科                       |                                         |
|                                                                         | 診 療 日       | 月～金                      |                                         |
|                                                                         | 診 療 時 間     | 9 : 0 0 ～ 1 7 : 0 0      |                                         |
| 業務に従事する助産師                                                              | 氏 名         |                          | 該当者が業務する場合には記載<br>(別紙の添付でも可)            |
|                                                                         | 勤 務 日       |                          |                                         |
|                                                                         | 勤 務 時 間     |                          |                                         |
| 薬剤師が勤務するときは、その氏名                                                        |             |                          |                                         |
| 急変時の対応について事前に合意した対面で診療可能な医療機関名<br>※当該診療所の管理者が所属する医療機関が自ら対面で行う場合は当該医療機関名 |             | 川崎市〇〇区〇〇×-××-××<br>〇〇診療所 |                                         |

※「(医療機関向け) 基準等遵守の確認をするためのチェックリスト」を併せて提出すること。

- 1 (医療機関向け) 基準等遵守の確認をするためのチェックリスト
- 2 急変時に対面で診療可能な医療機関として事前に合意したことを記した書類の写しのほか、通常の診療所開設届に必要な書類を添付すること