令和　　　年　　　月　　　日

　西宮市保健所長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　法人所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　（開設者住所）

　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　法人代表者職･氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　（氏　　名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者電話　　（　　　　）　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　　診療所電話　　（　　　　）　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　　診療所ＦＡＸ　（　　　　）　　－

　　　　　　　　　　　　　　　 　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ

１　診療所の所在地

２　診療所の名称

３　開設の年月日　　　　令和　　　年　　　月　　　日

４　管理者の住所

　　　〃　　氏名

５　診療に従事する医師・歯科医師の氏名、担当診療科目と診療日時

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | 担当診療科目 |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |

６　薬剤師の氏名