記入日：令和　　年　　月　　日

新規開業に伴う医療機能等に関する確認書

**１　新規開設者に関する情報**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 名称 |  | |
| 開設の場所 |  | |
| ※移転の場合は以前の住所地 | |
| 開設年月日 |  | |
| 開設者の住所及び氏名 |  | |
| 新規開業届出の理由 |  | （１）移転等に伴う住所地の変更に伴うもの |
|  | （２）開設者の変更に伴うもの |
|  | （３）新規に開業を行うもの |
|  | （４）その他（具体的に記載： |

**２　新規開業後の医療機能について**

|  |  |
| --- | --- |
| 地域で担う医療機能（予定含む） | **□　(ア)　地域で担う医療機能**　※実施する機能にチェックを入れてください  　□初期救急（在宅当番医）　□在宅医療（往診・訪問診療）  □学校医　　　　　　　　　□産業医　　□乳幼児の検診・予防接種  □その他の公衆衛生（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　）  **□　(イ)　(ア)の機能は行わない**※外来医師多数区域のみ記載  理由（具体的に） |
| ※移転、開設者の変更の場合  医療機能の変更　※いずれかにチェックを入れてください  □有　その内容  □無 |
| 診療科目 | 科 |
| ※移転、開設者の変更の場合  診療科目の変更　　※いずれかにチェックを入れてください  □有　その内容  □無 |

|  |
| --- |
| ※保健所等記入欄  ・開設届出の申請日及び受理日　（申請）令和　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　（受理）令和　　年　　月　　日  ・県医療政策課への報告日　　　　　　　令和　　年　　月　　日 |