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 |