提出日　　　令和　　年　　月　　日

開業届

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名（フリガナ） | 生年月日  年　　　月　　日 |
| 自宅住所 | 電話番号  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  メールアドレス  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ※携帯電話番号等、連絡のとりやすい電話番号をご記載ください。 |
| 現勤務先（医療機関名・住所） | |
| （以下、開業予定の医療機関についてご記載ください） | |
| 医療機関名 | 診療科目 |
| 開業形式  無　床　　・　　有　床（　　　床） | |
| 開業場所（住所）※略図添付 | |
| 規模（建物構造、階数、敷地面積、診療施設面積） | |
| 開業予定日  年　　　月　　　日（　　　） | |
| 略歴（別紙記載可） | |
| その他（特記事項があれば記入ください） | |

確認事項：本申込書に記載したことを、安佐医師会理事会報告により広報されることに異議ありません。