様式（１）

開　設　計　画　書

今般、下記のとおり診療所・病院の開設を計画しておりますので、よろしくご配慮いただきますようお願いします。

令和　　年　　月　　日

湖北医師会長　　　　　　　　　様

現住所

ご氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

生年月日　　　　年　　　月　　日生

連絡先　TEL

（１）出身校　　　　　　　　　　　（昭和・平成・令和　　年　　月卒業）

（２）医籍番号

（３）主な職歴

|  |  |
| --- | --- |
| 年　　月 | 職　　　　　　　　歴 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

（４）専門医、認定医資格

（５）現在入会の医師会名

（６）開設場所

　　　　A）未確定の場合は、おおよその希望地

　　　　B）明らかな予定地がある場合

（７）開設予定時期　　　　　　年　　　　月頃

（８）開設医療機関

（A）医療機関名

（B）標榜診療科目

（C）病床数　　　　無　　　　有（　　　　　床）

（D）診療形態

○診療日

○診療時間

○休診日

（E）住居併設の有無　　　　有　　　　　無

（９）開設予定地の略図