

開設計画書

1. 開設者(代表者)について

|        |  |      |   |      |     |    |  |
|--------|--|------|---|------|-----|----|--|
| 氏名     |  | 生年月日 | 年 | 月    | 日   | 性別 |  |
| 住所     |  |      |   | 電話番号 | - - |    |  |
| E-mail |  |      |   |      |     |    |  |

2. 医師資格等

|      |                             |   |   |   |    |
|------|-----------------------------|---|---|---|----|
| 医師   | 資格登録番号( )                   | 年 | 月 | 日 | 登録 |
| 医療法人 | 法人名( )                      |   |   |   |    |
|      | 設立許可日( 年 月 日)、設立登記日( 年 月 日) |   |   |   |    |

3. 開設者(代表者)の略歴

|                                           |  |
|-------------------------------------------|--|
| 勤務した病院(診療所)名、所属(診療科)名、役職等について、古い順から簡単に記載。 |  |
| 年 月 ~                                     |  |
| 年 月 ~                                     |  |
| 年 月 ~                                     |  |
| 年 月 ~                                     |  |
| 年 月 ~                                     |  |
| 年 月 ~                                     |  |
| 年 月 ~                                     |  |
| 年 月 ~                                     |  |

4. 開設予定の診療科目等について

|                                           |            |          |
|-------------------------------------------|------------|----------|
| 開設予定の診療科目<br><br>(該当箇所に○印の<br>うえ、必要により加筆) | 1. 内科 ( )  |          |
|                                           | 2. 小児科     | 3. 外科    |
|                                           | 4. 整形外科    | 5. 泌尿器科  |
|                                           | 6. 眼科      | 7. 耳鼻咽喉科 |
|                                           | 8. その他 ( ) |          |

5. 開設予定の診療所の図面の写し(別添)

6. 空家を取得(改修・解体)する場合、大館市の空家証明書の写し(別添)

7. 誓約事項

- ☐ 私は市内に診療所を開設した後、継続して12年以上診療する意思があります
- ☐ 私は(一社)大館北秋田医師会に加入し、将来にわたり積極的に地域医療に貢献する意思があります
- ☐ 私は大館市休日夜間急患センター等市が実施する事業に積極的に協力する意思があります