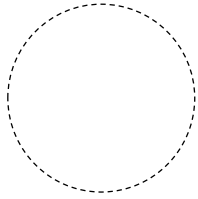


# 診療所開設届 (個人開設)



〇〇市保健所長

〒 ー

年 月 日

住所

開設者 ふりがな  
氏名  
電話 ( )

印

次のとおり届け出ます。

1 診療所 <input type="checkbox"/> 往診のみ	ふりがな 名称			
	開設場所	〒 ー 〇〇県〇〇市		
	電話番号 FAX番号 Eメール	( ) ( ) @		
2 開設年月日	年 月 日			
3 診療を行おうとする科目				
4 開設者	現に病院もしくは診療所を開設もしくは管理し、または病院もしくは診療所に勤務している場合	<input type="checkbox"/> 病院	名称	
		<input type="checkbox"/> 診療所	所在地	
	同時に他の病院または診療所を開設しようとしている場合	<input type="checkbox"/> 病院	名称	
		<input type="checkbox"/> 診療所	所在地	
5 定員	従業者の職種	定員	従業者の職種	定員
	医師	人	歯科医師	人
	看護師	人	歯科衛生士	人
	薬剤師	人	その他	人
	診療放射線技師	人		人
	事務員	人		人

合計 人

(裏面へ続く)

以下、保健所使用欄

標記のとおり届出があったため、受理するものです。

施行番号 : 201-005-  
施設番号 :

起案 年月日 . .	所長	副所長	課長	主幹	課長補佐	主査	担当	起案者
決裁 年月日 . .								

6 管理者 <input type="checkbox"/> 開設者と同じ	住所	〒 ー	
	ふりがな 氏名		
	電話番号	( )	
7 敷地	面積	m <sup>2</sup>	
	平面図	<input type="checkbox"/> 別添のとおり	
8 建物	構造概要	造 地上 階 地下 階の 階 診療所床面積 m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> 自己所有 <input type="checkbox"/> 賃貸借等	
	平面図	<input type="checkbox"/> 別添のとおり (ビル等の場合、入口階及び診療所開設階)	
9 歯科技工室	構造設備の概要	<input type="checkbox"/> 別添のとおり <input type="checkbox"/> 該当なし	
10 病床	各病室の病床数	<input type="checkbox"/> 別添のとおり <input type="checkbox"/> 該当なし	
	病床数	床 ( 病床 床, 病床 床 )	

1 1 診療に従事する医師・歯科医師 (開設者及び管理者含む) 別紙のとおり

氏名	免許証番号 登録年月日 臨床研修終了 登録年月日	勤務形態	担当診療科名	診療日	診療時間	※ 免許証 確認欄
<input type="checkbox"/> 医 <input type="checkbox"/> 歯	第 号 S・H . . H . . <input type="checkbox"/> 対象外	常・非				
<input type="checkbox"/> 医 <input type="checkbox"/> 歯	第 号 S・H . . H . . <input type="checkbox"/> 対象外	常・非				
<input type="checkbox"/> 医 <input type="checkbox"/> 歯	第 号 S・H . . H . . <input type="checkbox"/> 対象外	常・非				

1 2 勤務する薬剤師 別紙のとおり

氏名	免許証番号	登録年月日	勤務形態
	第 号	S・H 年 月 日	常・非
	第 号	S・H 年 月 日	常・非
	第 号	S・H 年 月 日	常・非

## 注意事項

※印の欄には記入しないでください。

## (添付書類)

- ・ 開設者の臨床研修終了登録証、医師・歯科医師免許証及び履歴書 (原本持参)
- ・ 診療に従事する医師もしくは歯科医師又は業務に従事する薬剤師もしくは助産師の免許証 (開設者もしくは管理者による原本照合可) 及び履歴書
- ・ その他必要書類