

診療所開設許可申請書

年 月 日

(宛先) 岡崎市保健所長

開設者住所 _____

氏名 _____ (※)

(※) 本人(代表者)が手書きしない場合は、記名押印してください。

電話番号 (_____) _____

(法人の場合は、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の職・氏名)

下記のとおり、診療所の開設を許可してください。

記

1 名称等

名 称	
開 設 の 場 所	
診 療 科 名	
開 設 の 目 的	
維 持 の 方 法	
開設者が現に他の病院 又は診療所を開設して いるときは、その施設 の名称及び所在地	(名称)
	(所在地)

2 従業員の定員

医師	歯科医師	薬剤師	看護師	准看護師	助産師	栄養士	診療放射線技師	診療エックス線技師	臨床検査技師	衛生検査技師	理学療法士	作業療法士	視能訓練士	歯科衛生士	歯科技工士	看護補助者	介護職員	厨房職員	事務職員	その他	計	

3 敷地の状況

面 積	m ²
-----	----------------

提出者署名 _____

4 建物の構造概要（附属建物を含む。）

建物（棟）別	構造概要	建築面積	延べ面積
	造階建	m ²	m ²
	造階建	m ²	m ²
	造階建	m ²	m ²
計		m ²	m ²

5 歯科技工室

室面積	構造設備の概要	防塵設備の概要
m ²		

6 病室を有するときは、各室の病床数等

総病室病床数		室 床				
病室番号	病床種別	病床数	床面積	患者1人当たりの床面積	採光面積	直接外気開放面積※
		床	m ²	m ²	m ²	m ²
		床	m ²	m ²	m ²	m ²
		床	m ²	m ²	m ²	m ²

※ 機械換気設備により換気する場合は、その旨を記入すること。

7 開設予定年月日

年	月	日
---	---	---

8 その他

衛生	検査室	有・無	面積	m ²		
	調剤室	有・無	面積	m ²	鍵のかかる貯蔵設備	有・無
	手術室	有・無	面積	m ²	必要な構造設備	有・無
	手術準備室	有・無	面積	m ²	必要な構造設備	有・無
	分べん室	有・無	面積	m ²	必要な構造設備	有・無
	エックス線診療室	有・無	面積	m ²	エックス線装置	有・無
	待合室	有・無	面積	m ²		
防火	建築確認	確認済証交付日	年 月 日			
保安	医療ガス	有・無				
土地	自己所有 ・ 賃貸借					
建物	自己所有 ・ 賃貸借					

注 医療法施行規則第1条の14第1項ただし書の規定により記載を省略する場合は、3～5の事項のうち変更がない事項に係る部分について斜線を引いてください。

添付書類等

- 1 周囲の見取り図
- 2 敷地の平面図
- 3 建物の平面図（方位・縮尺・各室の名称・用途・面積〈病室については、病床種別・室番号・病床数〉等を明記すること。）
- 4 定款、寄附行為又は条例の写し
- 5 賃貸借契約書の写し（土地・建物を賃貸する場合）