

診 療 所 開 設 届

年 月 日

(宛先) 岡崎市保健所長

開設者 住 所 _____

氏 名 _____ (※)
 (※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

電話番号 (_____) _____

下記のとおり、診療所を開設しました。

記

1 名称等

名 称	
開 設 の 場 所	
診 療 科 名	
電 話 番 号	
開 設 年 月 日	年 月 日

2 開設者が次の事項に該当するときは、その施設の名称及び所在地

	名 称	所 在 地
現在他に病院又は診療所を開設しているとき		
現在他の病院又は診療所を管理しているとき		
現在他の病院又は診療所に勤務しているとき		

3 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

提出者署名 _____

様式第8号

4 敷地の状況

面積	m ²
----	----------------

5 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
計		m ²	m ²

6 歯科技工室

室面積	構造設備の概要	防塵設備の概要
m ²		

7 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

※ 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。

8 管理者

氏名	
住所	

9 診療に従事する医師又は歯科医師

医師又は歯科医師の別	氏名	担診療科当名	診療日	診療時間	他に勤務する場合は、その施設の名称
	(管理者)				

10 勤務する薬剤師

氏名	勤務する日	勤務時間	他に勤務する場合は、その施設の名称

11 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
		完了検査(予定)日		年	月	日
	防火設備 (設置したものに○)	消火器	非常用警報設備	自動火災報知設備	誘導灯	避難器具
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4条ただし書の規定により記載を省略する場合は、4～6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 管理者の医師又は歯科医師の臨床研修修了(及び再教育研修修了)登録証の写し、免許証の写し及び原本の提示
- 2 診療に従事する医師・歯科医師・薬剤師の免許証の写し
- 3 周囲の見取り図
- 4 敷地の平面図
- 5 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。)
- 6 賃貸借契約書の写し(土地又は建物を賃貸する場合)