

様式第3号(第2条関係)

診療所開設許可申請書

年 月 日

(あて先) 静岡市保健所長

住所 (法人にあつては、その主たる事務所の所在地)

開設者 氏名 (法人にあつては、その名称および代表者の氏名)

電話

次のとおり診療所を開設したいので、医療法第7条第1項の規定に基づき申請します。

診療所の名称											
開設の場所											
診療科目											
開設の目的											
維持の方法											
従業者の定員	医 師	歯 科 医 師	薬 劑 師	看 護 師	准 看 護 師	助 産 師	技 師 診 療 放 射 線	歯 科 技 工 士	歯 科 衛 生 士	そ の 他	計
	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
敷地の面積	m ²										
建物の構造概要	造り 階建て		建築面積				m ²				
			延べ床面積				m ²				
	建物の用途			構造概要				建物の面積			
								m ²			
平面図(別に添えること。)											
診察室及び処置室	診察室又は処置室名			室面積		診察室又は処置室名			室面積		
				m ²					m ²		

歯科治療室	室面積			治療用椅子			
	m ²						
歯科技工室	室面積	防塵設備		火気設備及び防火設備		機械器具その他の設備	
	m ²						
病床数	療養		一般		計		
	床		床		床		
病室の構造・設備	室番号	病床数	室面積	内法面積	採光面積	開放面積	1人当たりの面積
		床	m ²	m ²	m ²	m ²	m ²
手術室	室面積		床、壁及び天井の構造		照明		手術台
	m ²						台
調剤所	室面積	麻薬金庫の有無		冷暗所の有無		調剤に必要な器具	投薬瓶の消毒設備
	m ²						
防火上の必要な設備の状況							
消火用の機械又は器具の状況							
その他の施設	検査室		消毒施設の構造及び消毒方法				
	給食施設の概要		エックス線診察室の概要				
開設予定年月日	年 月 日						

(注)

- 1 開設者が法人であるときは、定款又は寄附行為の写しを添えてください。
- 2 開設者氏名欄には、開設者が署名し、又は記名押印してください。ただし、開設者が法人の場合は、記名押印してください。