

様式第10号（第2条関係）

診療所開設届出書

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、その名称及び代表者の氏名）

電話

次のとおり診療所を開設したので、医療法第8条の規定に基づき届け出ます。

診 療 所 の 名 称											
開 設 の 場 所										電 話	
診 療 科 目											
現に他の病院又は診療所を開設し、若しくは管理し、又は勤務しているときはその旨											
同時に2以上の診療所を開設しようとするときはその旨											
管 理 者 の 住 所 及 び 氏 名											
従業者の定員	医 師	歯 科 医 師	薬 剤 師	看 護 師	准 看 護 師	助 産 師	診 療 技 師 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
診療に従事する医師、歯科医師（助産師）の氏名、担当診療科名、診療日及び診療時間	氏名		担当診療科名			診療日		診療時間			
薬剤師が勤務するときはその氏名											
敷 地 の 面 積											
m <sup>2</sup>											

建物の構造概要	造り 階建て		建築面積 延べ床面積		m <sup>2</sup> m <sup>2</sup>		
	建物の用途		構造概要		建物の面積		
					m <sup>2</sup>		
					m <sup>2</sup>		
	(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		
			m <sup>2</sup>		m <sup>2</sup>		
歯 科 治 療 室	室面積			治療用椅子			
	m <sup>2</sup>			台			
歯 科 技 工 室	室面積		防塵設備		火気設備及び 防 火 設 備		
	m <sup>2</sup>				機 械 器 具 その他の施設		
病 床 数	療養		一般		計		
	床		床		床		
病室の構造	室番号	病床数	室面積	内法面積	採光面積	開放面積	1人当 りの面積
		床	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>
手 術 室	室面積		床、壁及び天井 の 構 造		照明		手術台
	m <sup>2</sup>						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 <sup>2</sup>						
防火上必要な設備の状況							
消火用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 療室の概要
開 設 年 月 日	年 月 日						

(注) 管理者の免許証の写し、臨床研修修了登録証の写し（医師にあっては平成16年4月1日以後に医師免許を受けた者、歯科医師にあっては平成18年4月1日以後に歯科医師免許を受けた者に限る。）及び履歴書並びに診療に従事する医師若しくは歯科医師又は薬剤師の免許証の写し及び履歴書を添えてください。