

診療所開設許可申請書

年 月 日

(あて先)
一宮市保健所長

開設者 住 所

氏 名
(法人にあつては、名称、代表者の氏名及び主たる事務所の所在地)

電話番号

次のとおり、診療所の開設を許可してください。

1 名称等

名 称	
開 設 の 場 所	電話番号
診 療 科 目	
開 設 の 目 的	
維 持 の 方 法	
他に開設している病院又は診療所の名称及び所在地	

2 従業者の定員

医 師	歯 科 師	薬 剤 師	看 護 師	准 看 師	助 産 師	栄 養 士 (管理栄 養士)	診 療 放 射 技 師	診 療 エ ス ッ ク 線 技 師	臨 床 検 査 技 師	衛 生 検 査 技 師
名	名	名	名	名	名	名	名	名	名	名
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 員	厨 房 職 員	事 務 員	そ の 他	計
名	名	名	名	名	名	名	名	名	名	名

※ 診療所を運営するために必要となる従業員の数（最小数）を記入すること。

3 敷地の状況

面	積	別添のとおり（方位・縮尺を明記すること。）
平	面	
周	囲の	

4 建物の構造概要（附属建物を含む）

建	物（棟）別	構	造	概	要	建	物	延	べ	床	面	積	診	療	所	延	べ	床	面	積
			造		階建															
			造		階建															
			造		階建															
	計																			

平	面	図	別添のとおり（方位・縮尺・各室の名称・用途・面積（病室については、病床種別、室番号及び病床数）等を明記すること。）
配	置	図	別添のとおり（方位・縮尺を明記すること。）

5 以下の施設の有無

冷	暗	所	又	は	有・無	エ	ッ	ク	ス	線	装	置	有・無	消	火	用	機	械	器	具	有・無
電	気	冷	蔵	庫		使				用		室									
手		術		室	有・無	臨	床	検	査	室	有・無		調	剤	所	有・無					
エ	ッ	ク	ス	線	装	置	有・無	給	食	施	設	有・無									

6 歯科技工室

室	面	積	構	造	設	備	の	概	要	防	塵	設	備	の	概	要

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													
階	病	室	病	床	患	採	直	※	階	病	室	病	床	患	採	直
数	種	番	数	面	者	光	接	機	数	種	番	数	面	者	光	接
	別	号		積	1人	面	積	械		別	号		積	1人	面	積
					当	積								当	積	
					た									た		
					り									り		
					の									の		
					床									床		
					面									面		
					積									積		

※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 開設者が法人であるとき

定	款、	寄	附	行	為	又	は	条	例	の	写	し	別	添	の	と	お	り
---	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

9 開設予定年月日

年	月	日
---	---	---

備考 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から6まで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くこと。