診 療 所 開 設 届

年 月 日

(あて先)

一宮市保健所長

開設者 住 所

氏 名

電話番号

次のとおり診療所を開設しました。

1 名称等

診療所の名称	
開設の場所	
診療科名	
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開設の場所

	名 称	開 設 の 場 所
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 従業者の定員

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 ン ー ジ ン 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	介護職員	厨房職員	事務職員	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。

4 敷地の状況

面 積	
平 面 図	別添のとおり。(方位・縮尺を明記すること。)
周 圍 の 見 取 図	

5 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。)

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											
階数	病 床 種 別	室番号	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	階数	病 床 種 別	室番号	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

※ 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 以下の施設の有無

冷 暗 所 又 は 庫	有・無	エ ッ ク ス 線 装 置 室	有・無	消 火 用 機 械 器 具	有・無
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		

9 管理者

氏 名	
住 所	

10 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	担当 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	備考
	(管理者)					

11 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	備考