

診療所開設許可申請書

年 月 日

豊田市保健所長 様

申請者 住 所

ふりがな

氏 名

（法人にあつては、名称並びに代表者の肩書及び氏名）

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

1 名称等

診療所の名称		開設予定日	年 月 日
開設の場所			
診療科目			
開設の目的及び維持の方法			
他に開設している 病院又は診療所	名 称		
	所在地		

2 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
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 員	事 務 員	その他	計
名	名	名	名	名	名	名	名	名	名	名

3 敷地の状況

面 積	m ²
-----	----------------

4 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

5 以下の施設の有無

冷暗所又は電気冷蔵庫	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	給食施設	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
エックス線装置	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	消火用機械器具	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
エックス線装置使用室	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	調剤所	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
手術室	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	焼却炉	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
臨床検査室	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

6 歯科技工室

室面積	構造設備の概要	防塵設備 ^{じん} の概要
m ²		

7 病室を有するときは、各室の病床数等

総病室数	室		総病床数	床		
病室番号	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
	床	m ²	m ²	m ²		m ²
	床	m ²	m ²	m ²		m ²
	床	m ²	m ²	m ²		m ²
	床	m ²	m ²	m ²		m ²
	床	m ²	m ²	m ²		m ²
	床	m ²	m ²	m ²		m ²

注意 ※欄で、機械換気設備により換気する場合は、その旨を記入してください。

添付書類

- 敷地の平面図（敷地面積、建物面積、方位及び縮尺を明示したもの）及び敷地周囲の見取図
- 建物平面図（各室の用途を示し、病室にはその区分及び収容定員を明示したもの）
- 開設者が法人である場合は、定款、寄附行為又は条例の写し