

診療所開設届

年 月 日

豊田市保健所長 様

届出者 住 所
ふりがな
氏 名

次のとおり診療所を開設したので、医療法第 8 条第 1 項の規定により届け出ます。

1 名称等

名 称		開設年月日	年 月 日
所 在 地	電話番号		
診 療 科 目			

2 開設者が次の事項に該当する場合は、その施設の名称及び所在地

事 項	名 称	所 在 地
現在他に病院又は診療所を開設している。		
現在他の病院又は診療所を管理している。		
現在他の病院又は診療所に勤務している。		

3 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	介護職員	厨房員	事務職員	その他	計
名	名	名	名	名	名	名	名	名	名	名

4 敷地の状況

面 積	m ²
-----	----------------

5 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

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。					

8 以下の施設の有無

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

氏名	担当診療科目	診療日	診療時間	他に勤務する場合は、その施設の名称
(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

12 オンライン診療の実施について

オンライン診療の実施	☐ 実施する	☐ 実施しない
------------	-------------------------------	--------------------------------

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）、敷地周囲の見取図及び建物の平面図（建物の配置及び各室の用途を示し、病室にはその区分及び収容定員を明示したもの）
- 医師又は歯科医師の免許証の写し
- 勤務する薬剤師の免許証の写し