

診療所開設届

年 月 日

熊本市保健所長(宛)

届出人(開設者)

印

診療所を開設したので、医療法第 8 条又は医療法施行令第 4 条の 2 第 1 項の規定により次のとおり届出をします。

開設者	(フリガナ)					
	氏名 (法人の場合はその名称)					
	住所 (法人の場合は主たる事務所の所在地)		〒			
		TEL				
(フリガナ)						
名称						
開設の場所		〒 校区				
		TEL FAX				
管理者		氏名				
		住所	〒			
		開設許可	使用許可	開設		
許可(開設)年月日		年月日	年月日	年月日		
指令番号		指令(医政)第 号	指令(医政)第 号			
所長	課長	副課長	主幹	主査	班員	
受付印			決裁印			
起案 年 月 日 本届出書を受理したので供覧します。 併せて、決裁後に受理書を発行してよろしいか。						

備考 氏名を自署する場合は、押印は不要です。

診療に従事する医師・歯科医師	職名	氏名	診療科目	診療日	診療時間				
勤務する薬剤師の氏名									
病床数	種別	一般	療養			計			
診療科目									
開設者が医師又は歯科医師の場合	現に病院又は診療所の(開設・管理・勤務)を行っている時	名称	TEL						
		所在地	〒						
	同時に2以上の(病院・診療所)を開設しようとする時	名称	TEL						
		所在地	〒						
従業員の定員(現員)	医師	歯科医師	薬剤師	助産師	看護師	准看護師	歯科衛生士	事務員	その他
敷地の面積	m <sup>2</sup>	用途区域	防火・準防火・建築基準法22条区域・なし						
棟ごとの建物の構造など	名称	構造	階数	建築面積	延べ面積				
		鉄・ブ・木モ・木		m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>				
		鉄・ブ・木モ・木		m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>				
		鉄・ブ・木モ・木		m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>				
		計		m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>				
歯科を有する場合	歯科技工室	(有・無)	防塵装置	(有・無)					
申請予定保険診療	1.健保・船保・共済 2.国保 3.労災 4.結核予防 5.生活保護 6.その他( )								