様式第14号

診療所開設届

　　　年　　　月　　　日

熊本市保健所長(宛)

届出人(開設者)

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(医対)第 号 | | | | 指令(医対)第 号 | | |  |
| 所長 | | 課長 | 副課長 | | 主幹 | | 主査 | | 班員 | 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。 | |
|  | |  |  | |  | |  | |  |
| 受 付 印 | | | | | 決 裁 印 | | | | |
|  | | | | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | ㎡ | | | | | | | | | | 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 | | | | | |  | | | | ㎡ | | | | | | ㎡ | | | | |
|  | | | | | | | | | | 鉄・ブ・木モ・木 | | | | | |  | | | | ㎡ | | | | | | ㎡ | | | | |
|  | | | | | | | | | | 鉄・ブ・木モ・木 | | | | | |  | | | | ㎡ | | | | | | ㎡ | | | | |
| 計 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ㎡ | | | | | | ㎡ | | | | |
| 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( ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |