

様式第1 (第2条関係)

診療所開設許可申請書

年 月 日

豊橋市保健所長 様

申請者 住 所

ふりがな

氏 名

(法人にあつては、名称及び代表者氏名)

電話番号

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		TEL
開設の場所	〒	
診療科名		
開設の目的		
維持の方法		

2 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	診療 放射 線技 師	診療 X線 技師	臨床 検査 技師	衛生 検査 技師	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	(その他)	計

※ 診療所を運営するために必要となる従業員の数(最小数)を記入してください。

3 敷地の状況

面 積		m ²
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		

4 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		m ²		m ²
	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）			
建 築 確 認	建築確認済み（番号、年 月 日）・ 検査済み（番号、年 月 日）・ 手続中				

5 以下の施設の有無

冷 電 暗 所 又 は 庫 気 冷 蔵 庫	有・無	エ ッ ク ス 線 装 置 使 用 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		

6 歯科技工室

室 面 積	構 造 設 備 の 概 要	防 塵 設 備 の 概 要
m ²		

7 病室を有するときは、各室の病床数等

総病室病床数															
室								床							
階 数	病 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 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
			床	m ²	m ²	m ²	m ²				床	m ²	m ²	m ²	m ²

※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 開設者が法人であるとき。

定款、寄附行為又は条例の写し	
----------------	--

9 開設予定年月日

年 月 日
