

診療所開設許可申請書

年 月 日

(宛先)
大津市保健所長

開設者 住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

(法人にあっては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名)

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。

診療所の名称		(フリガナ)			
開設場所		所在地			
		電話番号			
開設の目的及び維持の方法					
診療を行なおうとする科目		医師、歯科医師 薬剤師、看護師 その他の従業員 の定員	医師 名 歯科医師 名 薬剤師 名 看護師 名 准看護師 名	栄養士 名 診療放射線技師 名 歯科衛生士 名 その他 名 計 名	
敷地の面積	m ²	建物の構造概要	構造種別 建物延床面積 うち診療所面積	造 (階建) m ² m ²	
調剤室又は歯科技工室の構造設備の概要		病室数及び病床数	一般病室 室 療養病床に係る病室 室 結核病室 室 感染症病室 室 精神病室 室 計 室	床 床 床 床 床 床	
開設の予定年月日		管理予定者の住所及び氏名			
備考					

添付書類

- 敷地の平面図及び敷地周囲の見取図
- 建物の平面図（各室の用途を示し、病室があるときは、一般病室、療養病床に係る病室、結核病室、感染症病室及び精神病室の区分並びにそれぞれの入院定員を明示してください。）
- 開設者が法人であるときは、定款又は条例の写し

注 用紙の大きさは、日本産業規格A列4番とします。