

様式第1号（第2条関係）

（その1）

（診療所の場合）

（表）

開設許可申請書

年 月 日

（宛先） 下関市立下関保健所長

〒

住 所

申請者

氏 名

電 話 （ ）

下記のとおり診療所の開設の許可を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

記

施設の名称・開設場所											診療科目														
名称：																									
〒																									
電話：					Fax：																				
開設予定年月日			年 月 日																						
開設の目的及び維持の方法																									
従業者の定員		医	歯	薬	助	看	准	看	歯	歯	歯	診	診	臨	衛	理	作	栄	給	事					計
		科	科	劑	産	護	看	護	科	科	科	療	療	床	生	学	業	養	食	務					
		師	師	師	師	師	師	者	士	士	手	師	師	師	師	士	士	士	者	員					
常 勤(人)																									
非常勤(人)																									
現に開設し、管理し、若しくは勤務する他の病院又は診療所											同時に開設する他の病院又は診療所														
区 分	開設者 ・ 管理者 ・ 勤務者										名 称														
名 称											所 在 地	〒													
所 在 地	〒																								

(裏)

建物の構造概要				診療室又は歯科治療室			
建物名称				室名	室面積	ユニット	
構造	造階建				m ²	台	
敷地面積	m ²	内階部分			m ²	台	
建築面積	m ²	延べ床面積	m ²		m ²	台	
調剤室				手術室			
室面積	採光面積	外気開放面積	麻薬金庫	室面積	m ²	準備室	m ²
m ²	m ²	m ²	有・無	内壁の構造			
冷暗所の構造・面積		備付け天井		床の構造			
		感量	mg	照明設備	有・無	滅菌手洗設備	有・無
			台	消毒設備	有・無	防じん設備	有・無
エックス線室の構造				暖房設備	有・無	防爆設備	有・無
室面積	m ²	操作室	m ²	排水設備	有・無		
室の構造				歯科技工室			
暗室	有・無			室面積	防火設備の概要		構造概要
台数	台			m ²			
病室・病床数			その他の施設及び設備				
一般病床	室	床	検査室	m ²	防火設備の概要		
療養病床	室	床	分べん室	m ²			
合計	室	床	新生児入浴室	m ²			
				m ²			

添付書類

- 1 定款若しくは寄附行為の写し及び登記事項証明書又は条例の写し
- 2 土地及び建物の登記事項証明書（土地又は建物を借用して運営する場合は、その土地又は建物の賃貸借契約書等の写し）
- 3 敷地の平面図
- 4 敷地周囲の見取図
- 5 建物の平面図（各室の用途を明示すること。）
- 6 エックス線診療室の壁及び鉛の厚さを表示した縮尺50分の1の平面図及び立面図並びに遮蔽能力計算書
- 7 病室に関する資料（有床施設の場合に限る。）

備考

- 1 用紙の大きさは、日本産業規格A列4番とする。
- 2 申請者の住所及び氏名は、法人にあつては、その主たる事務所の所在地、名称並びに代表者の役職及び氏名を記入すること。