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 |  |
|  | （法人にあっては、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 |  | ㎡ |
| 平面図 | 別添のとおり。（方位、縮尺を明記すること。） |
| 周囲の見取図 |

　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 |  | ㎡ |  | ㎡ |
|  | 　　　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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 冷暗所又は電気冷蔵庫 | 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 |
|  | ㎡ |  |  |

　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 | 病床種別 | 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 | 病床種別 | 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 | 　㎡ | 　　　　　　　㎡ | 　㎡ | 　　　　　　㎡ |  |  |  | 　床 | ㎡ | 　　　　　　　㎡ | 　㎡ | 　　　　　　㎡ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　※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 |