

診 療 所 開 設 届

年 月 日

豊橋市保健所長 様

届出者 住 所

ふ り が な

氏 名

電話番号

次のとおり診療所を開設したので、医療法第8条第1項の規定により届け出ます。

1 名称等

診療所の名称		TEL ()
開設の場所	〒	
診療科名		
開設年月日	年 月 日	

2 開設者が次の事項に該当するときは、その施設の名称及び開設の場所

	名 称	開 設 の 場 所
現在他に病院又は診療所を開設しているとき		
現在他の病院又は診療所を管理しているとき		
現在他の病院又は診療所に勤務しているとき		

3 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。

4 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）	
周囲の見取図		

※ 土地を借用する場合は、賃貸借契約書の写しを添付してください。

5 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		

※ 建物を賃借する場合は、賃貸借契約書の写しを添付してください。

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 以下の施設の有無

冷電暗所又は手術室	有・無	エックス線装置	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		

9 管理者

氏名	
住所	

※ 管理者の臨床研修等修了登録証又は医師若しくは歯科医師免許証の写し（開設者又は管理者による原本証明を受けたもの）を添付してください。

10 診療に従事する医師、歯科医師又は助産師

医師、歯科医師、助産師の別	氏名	担当診療科名	診療日（勤務日）	診療時間（勤務時間）	備考（勤務する医師又は歯科医師のオンライン診療実施の有無）
	(管理者)				

※ 管理者以外について、医師又は歯科医師免許証の写し（開設者又は管理者による原本証明を受けたもの）を添付してください。

11 勤務する薬剤師

氏名	常勤・非常勤の別	備考（他に勤務する病院、診療所又は薬局等の有無）

※ 薬剤師免許証の写し（開設者又は管理者の原本証明を受けたもの）を添付してください。