

診療所開設許可申請書

年 月 日	
(宛先) 茅ヶ崎市保健所長	
住所又は所在地	
申請者 氏名（法人にあつては、名称及び代表者氏名）	
電話番号	
診療所の開設の許可を受けたいので、次のとおり申請します。	
診療所の名称	
開設場所	
診療を行おうとする科目	
開設の目的	
維持の方法	
定員	医師 人 歯科医師 人 薬剤師 人 看護師 人 その他の従業者 人
敷地の面積	㎡
建物の構造概要	
歯科医業を行う診療所であつて、歯科技工室を設けようとするときは、その構造設備の概要	
病室のある診療所については病床数及び病床の種別ごとの病床数並びに各病室の病床数	
開設予定年月日	年 月 日

備考 1 次に掲げる図書を添付してください。ただし、臨床研修修了登録証又は免許証を提示するときは、(4)の書類の添付を省略することができます。

- (1) 敷地の平面図
- (2) 敷地周囲の見取図
- (3) 建物の平面図（各室の用途を示し、精神病室、感染症病室、結核病室又は療養病床に係る病室があるときは、これを明示したもの）
- (4) 開設者が臨床研修修了医師又は歯科医師にあつては、臨床研修修了登録証の写し又は免許証の写し
- (5) 医療法第7条第1項の規定による許可を受けようとする者の履歴書
- (6) 開設者が法人にあつては、定款、寄附行為又は条例の写し