

診療所開設届

年 月 日

明石市長 様

開設者住所 _____

(ふりがな)
開設者氏名 _____

電 話 — — (担 当 :)

次のとおり開設したので、医療法第8条に基づき届け出ます。

〔提出数〕2部(1部申請者控え)

〔提出日〕開設後10日以内

〔添付書類〕

管理者となる医師・歯科医師の履歴書

管理者となる医師・歯科医師の免許証の写し(A4サイズ 原本照合が必要)

管理者となる医師・歯科医師の臨床研修等修了登録証の写し(A4サイズ 原本照合が必要)

※医師免許平成16年3月31日以前、歯科医師免許平成18年3月31日以前取得の場合不要

従事する医師・歯科医師・薬剤師の免許証の写し(A4サイズ)

敷地周囲の見取図(住宅地図、インターネット地図で可)

敷地面積及び平面図

建物平面図(A3サイズ)

麻酔科標榜許可証の写し(麻酔科を標榜する場合 A4サイズ 原本照合が必要)

<エックス線装置を設置する場合>

エックス線診療室の詳細図

管理区域明示の平面図(上下階を含む)

遮蔽計算書

遮蔽計算図

<MRIを設置する場合>

MRI使用室の詳細図(5 Gaussラインの明示)

<手術室を設ける場合>

手術室の詳細図(清潔区域・準不潔区域・不潔区域の明示、患者・スタッフ・機材の動線を記載)

<厨房を設ける場合>

厨房の詳細図(清潔区域・不潔区域等の明示、スタッフ・食材・配膳・下膳等の動線を記載)

<病床を設置する場合>

県発行の「診療所病床設置許可」の写し(親子継承の場合を除く)

1 診療所の名称	
2 診療所の所在地	〒 - TEL - - FAX - -
3 診療時間	<p>日 月 火 水 木 金 土 時 分～ 時 分 時 分～ 時 分</p> <p>日 月 火 水 木 金 土 時 分～ 時 分 時 分～ 時 分</p> <p>祝日</p>
4 診療科目	
5 管理者	<p>住所</p> <p>氏名</p> <p>医・歯医籍 第 号 年 月 日登録</p> <p>臨床研修等修了登録証等 ※該当する□内に「✓」を記入する</p> <p><input type="checkbox"/> 臨床研修等修了登録証取得 年 月 日 <input type="checkbox"/> 経過措置該当</p>
6 開設者が、今回開設する診療所以外に病院若しくは診療所を開設・管理・勤務している医療機関	
(1) 開設 名称 管理 勤務 所在地	
(2) 開設 名称 管理 勤務 所在地	
7 同時に2以上の病院又は診療所を開設しようとする場合の医療機関	
名称	
所在地	

8 従事医師 及び薬剤師	氏 名		担当診療科名		診療日時		
	診療に従事する 医師（歯科医師）						
	薬 剤 師		※医師が常時3人以上勤務する診療所の場合、専属薬剤師設置免除 許可の有無を記入 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
9 医師、歯科医師、薬剤師、看護師（准看護師）、歯科衛生士などの従事者の定員 ※常勤換算し整数とする							
医 師	名	助 産 師	名	歯科衛生士	名	そ の 他	名
歯科医師	名	看護補助者	名	臨床検査技師	名		名
薬 剤 師	名	管理栄養士（栄養士）	名	理学療法士	名		名
看 護 師	名	診療放射線技師	名	作業療法士	名		名
准看護師	名	歯科技工士	名	事 務 員	名		名
10 敷地面積及び平面図			別紙のとおり				
11 敷地周囲の見取図			別紙のとおり				
12 建物の構造概要及び平面図			別紙のとおり				
13 エックス線装置の種類			用 途				
※型式は、高電圧発生装置の型式			製作者名				
※設置後10日以内に診療用エックス線装置備 付届を提出			型 式 (定格出力)				
14 病床に係る構造設備の概要			別紙のとおり ※病床設置の場合、各室の用途・面積を示し病床の種別も明示				
15 開設年月日			年 月 日				

敷地面積及び平面図 _____ m² ※テナントビルの場合、診療所の水平投影面積を記入
※別紙添付可

敷地周囲の見取図（住宅地図、インターネット地図で可） ※別紙添付可

建物の構造概要

造				階建			
建物の用途 (1) 診療所のみ (2) 診療所と自宅等 (3) 集合ビル							
1階	m ² 、	2階	m ² 、	階	m ² 、	計	m ²
階数・用途・ 室名・番号等	面 積		主な設備・器具			構 造 概 要 (壁・床・天井材等)	
	m ²						
計							
構造設備上の参考事項							

建物の平面図

※別紙添付可

※図面に各室の用途を記載

※建物の一部を診療所の用に供していない場合は、その旨を分かるように記載

※エックス線装置を設置する場合、管理区域（上下階を含む）を明示

入院施設に関すること

病室一覧							
階別	図面上の室名	床面積 m ²	採光面積 m ²	開放面積 m ²	病床数	1床あたりの床面積 m ²	備考 (病床種別)
計	室		(1/7)	(1/20)			
廊下 (種別・階数)		幅 (m)			手すりの有無		
中廊下							
片廊下							
階段 (2階以上の階に病室を有するもの)							
階段及び踊場の幅 (m)			蹴上げ (m)		踏面 (m)		手すりの有無

<注意事項>

- ※1 面積は小数点第2位まで記載すること (第3位切り捨て)
- ※2 床面積は内法で記載し、種別 (中廊下・片廊下)、階数ごとに分け、規格が同じものは同一欄に記載すること
- ※3 廊下、階段及び踊場の幅は手すりを含めないこと

療養病床を有する医療機関に必要な構造設備

施設名	床面積 (㎡) (内法)	設備概要
機能訓練室		(主な機器・器具)
食 堂		
浴 室		(浴槽の概要)
談 話 室		
	<input type="checkbox"/> 専用 <input type="checkbox"/> 食堂との共用	※該当する□内に「✓」を記入する

注) 床面積は内法で、小数点第2位まで記載すること (第3位切り捨て)

履 歴 書

本 籍 _____都・道・府・県

現 住 所 _____

ふりがな
氏 名 _____

生年月日 _____年 _____月 _____日生

免許証登録番号 第 _____ 号

登 録 年 月 日 _____年 _____月 _____日

臨床研修了登録年月日 _____年 _____月 _____日

年 月 日	学歴 (大学卒業以降)・職歴・賞罰 (各別にまとめて書く)
賞罰	