

様式第 1-3 号

診療所（無床） 開設許可申請書

年 月 日

仙台市保健所長 様

開設者の住所<sup>(法人等の主たる
事務所の所在地)</sup> (〒)開設者の氏名<sup>ふりがな
(法人等の名称及
び代表者の氏名)</sup>

電 話 ()

F A X ()

医療法第7条第1項の規定により、無床診療所 の開設に係る許可を受けたいので、次のとおり申請します。

1	ふりがな 名 称							
2	開設の場所 〒							
	電話番号 ()							
	F A X ()							
3	診療科名							
4	開設の目的及び維持の方法							
	開設の目的							
	維持の方法							
5	従業者の定員							
	医師	人	助産師	人	歯科衛生士	人	その他	人
	歯科医師	人	診療放射線技師	人	歯科技工士	人		人
	薬剤師	人	臨床(衛生)検査技師	人	栄養士	人		人
	看護師	人	理学療法士	人	看護補助者	人		人
	准看護師	人	作業療法士	人	事務員	人	計	人
6	敷地の面積		m ² (平面図は別添のとおり)					
7	建物の構造概要及び平面図		(平面図及び各室の用途及び面積は別添のとおり。)					
			構造概要	建築面積	延べ面積			
	独立建物の場合		造 階建	m ²	m ²			
	住宅と併設の場合		造 階建のうち	階	m ²			
	ビルの一部を使用する場合		造 階建のうち	階	号室	m ²		

8 施設及び設備		
区分	面積	構造設備の概要
調剤所 (*設ける場合に 記載してください)	m ²	採光面積 m ² 外気開放面積 m ² (冷暗所の概要) 感量10mgてんびん 台 500mg上皿てんびん 台
歯科技工室 (*設ける場合に 記載してください)	m ²	(防塵設備の概要)
9 開設の予定年月日	年 月 日	

*備考

管理者(予定)の 住所及び氏名	住所 ふりがな 氏名 他の医療機関の管理の有無	無 ・ 有	
エックス線装置			
エックス線 装置	固定・移動式の別	用途	製作者名及び型式
その他の放射線装置等の有無			
診療用放射線照射装置	無 ・ 有 () ()	台	
診療用放射線照射装置	無 ・ 有 () ()	台	
診療用放射線照射器具	無 ・ 有 () ()	台	
その他の放射線関係装置	無 ・ 有 () ()	台	

<添付書類>

- 敷地の平面図
- 敷地周囲の見取図
- 建物の平面図 (各室の用途及び面積を示すこと。)
- 各室面積表
- 定款若しくは寄附行為の写し又は条例 (開設者による原本証明済みのもの) , 又は登記事項証明書(原本)