

様式第6-2号

診療所（無床）開設届出書

年 月 日

仙台市保健所長 様

開設者の住所 (〒 )

臨床研修等修了医師・臨床研修等修了歯科医師の別

開設者の氏名<sup>ふりがな</sup>

電話 ( )

FAX ( )

診療所を開設したので、医療法第8条の規定により、次のとおり届け出ます。

|   |            |                |   |            |                |       |                |         |                |
|---|------------|----------------|---|------------|----------------|-------|----------------|---------|----------------|
| 1                                       | ふりがな<br>名称 |                |   |            |                |       |                |         |                |
| 2                                       | 開設の場所      | 〒              |   |            |                |       |                |         |                |
|   |            | 電話番号 ( )       |   |            |                |       |                | FAX ( ) |                |
| 3                                       | 診療科名       |                |   |            |                |       |                |         |                |
| 4 開設者に関する事項                             |            |                |   |            |                |       |                |         |                |
| 現に病院又は診療所を開設若しくは管理するもの又は勤務するものであるときはその旨 |            |                |   |            |                |       |                |         |                |
| 同時に二以上の病院又は診療所を開設しようとするものであるときはその旨      |            |                |   |            |                |       |                |         |                |
| 5 従業者の定員                                |            |                |   |            |                |       |                |         |                |
| 医師                                      | 人          | 看護師            | 人 | 診療放射線技師    | 人              | 作業療法士 | 人              | 栄養士     | 人              |
| 歯科医師                                    | 人          | 准看護師           | 人 | 臨床(衛生)検査技師 | 人              | 歯科技工士 | 人              | 看護補助者   | 人              |
| 薬剤師                                     | 人          | 助産師            | 人 | 理学療法士      | 人              | 歯科衛生士 | 人              | 事務員     | 人              |
| 6                                       | 敷地の面積      | m <sup>2</sup> |   |            |                |       |                | 計       | 人              |
| 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。) |            |                |   |            |                |       |                |         |                |
| 区分                                      |            | 構造概要           |   |            | 建築面積           |       | 延面積            |         |                |
| 独立建物の場合                                 |            | 造 階建           |   |            | m <sup>2</sup> |       | m <sup>2</sup> |         |                |
| 住宅と併設の場合                                |            | 造 階建のうち        |   |            | 階              |       | m <sup>2</sup> |         |                |
| ビルの一部を使用する場合                            |            | 造 階建のうち        |   |            | 階              |       | 号室             |         | m <sup>2</sup> |

| 8 施設及び設備                       |                  |  |      |
|--------------------------------|------------------|--|------|
| 区分                             | 面積               | 構造設備の概要  |      |
| 調剤所<br>(*設ける場合に<br>記載してください)   | m <sup>2</sup>   | 採光面積 m <sup>2</sup> 外気開放面積 m <sup>2</sup> (冷暗所の概要)<br>感量10mgてんびん 台 500mg上皿てんびん 台 |      |
| 歯科技工室<br>(*設ける場合に<br>記載してください) | m <sup>2</sup>   | (防塵設備の概要)  |      |
| 9 開設の年月日                       | 年 月 日            |  |      |
| 10 管理者<br>住所・氏名                | 住所<br>ふりがな<br>氏名 | 電話番号 ( )   |      |
| 11 診療に従事する医師若しくは歯科医師に関する事項     |                  |  |      |
| 氏名                             | 診療科名             | 診療日  | 診療時間 |
|                                |                  |  |      |
|                                |                  |  |      |
|                                |                  |  |      |
| 12 薬剤師の氏名                      |                  |  |      |

## \*参考項目

| エックス線装置       |          |              |          |
|---------------|----------|--------------|----------|
|               | 固定・移動式の別 | 用途           | 製作者名及び型式 |
| エックス線<br>装置   |          |              |          |
|               |          |              |          |
|               |          |              |          |
| その他の放射線装置等の有無 |          |              |          |
| 高エネルギー放射線発生装置 | 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>

- 1 開設者及び管理者の履歴書および臨床研修修了登録証の写し。ただし、(1)平成16年4月1日に現に医師免許を受けている者又は平成18年4月1日に現に歯科医師免許を受けている者(各日の前に免許申請を行った者を含む。)は、臨床研修修了登録証の写しに代えて免許証の写し、(2)再教育訓練の命令を受けた者は、臨床研修修了登録証((1)の場合は免許証)の写し及び再教育研修修了登録証の写し(各写しは原本との照合が必要)
- 2 診療に従事する医師又は歯科医師の臨床研修修了登録証の写し。ただし、(1)平成16年4月1日に現に医師免許を受けている者又は平成18年4月1日に現に歯科医師免許を受けている者(各日の前に免許申請を行った者を含む。)は、臨床研修修了登録証の写しに代えて免許証の写し、(2)再教育訓練の命令を受けた者は、臨床研修修了登録証((1)の場合は免許証)の写し及び再教育研修修了登録証の写し(各写しは開設者による原本照合済みのもの)
- 3 敷地の平面図
- 4 敷地周囲の見取図
- 5 建物の平面図(各室の用途及び面積を示すこと。)
- 6 各室面積表