診 療 所 （ 助 産 所 ） 開 設 届（個人開設の場合）

盛岡市保健所長　　様	届出年月日	年　　月　　日	
	開設者住所		
	開設者氏名	㊞	
名　　称	（ＴＥＬ　　）		
開　設　の　場　所			
診　療　科　目			
診療所	開設者が現に病院若しくは診療所を開設し，若しくは管理し，又は病院若しくは診療所に勤務しているとき	開設している病院又は診療所の名称	
		管理している病院又は診療所の名称	
		勤務している病院又は診療所の名称	
	開設者が同時に２以上の病院又は診療所を開設しようとするときは，開設しようとする病院又は診療所の名称		
助産所	開設者が現に助産所を開設し，若しくは管理し，又は病院，診療所若しくは助産所に勤務しているとき	開設している助産所の名称	
		管理している助産所の名称	
		勤務している病院，診療所又は助産所の名称	
	開設者が同時に２以上の助産所を開設しようとするときは，開設しようとする助産所の名称		
敷　地　面　積	㎡		
建物の構造及び総面積	棟　　造　　階建　　階　　㎡ 階　　㎡　　計　　㎡ 階　　㎡		

従業者の定員（非常勤者数は，（　）に外書きすること。）

医師	歯科医師	薬剤師	診療エックス線技師	診療放射線技師	衛生検査技師	看護師	准看護師	看護補助者	助産師	歯科衛生士	栄養士	ケースワーカー	事務員	その他	計
人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人

病棟，病室及び病床の種別ごとの病床数	病棟名＼病床の種別	一般	療養	結核	精神	計
	棟	室　床	室　床	室　床	室　床	室　床
	棟	室　床	室　床	室　床	室　床	室　床

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		
エックス線装置	用　型　製　KV　mA	
	用　型　製　KV　mA	
	用　型　製　KV　mA	
開設年月日	年　月　日	
管　理　者	住　所	
	氏　名	

<table>
<tr><td rowspan="2"></td><td>臨床研修終了登録年月日</td><td colspan="6">平成　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>免許証番号及び登録年月日</td><td colspan="6">第　　号　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="4">診療に従事する医師及び歯科医師の氏名等</td><td>氏　　名</td><td>診 療 科 名</td><td>診療日時</td><td>診　療　日</td><td>医籍（歯科医籍）登録</td><td>臨床研修終了登録年月日</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>第　　号　　年
月　　日</td><td>平成　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>第　　号　　年
月　　日</td><td>平成　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>第　　号　　年
月　　日</td><td>平成　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="4">助産所にあつては，嘱託医師の氏名等</td><td colspan="2">住　　所</td><td colspan="2">氏　　名</td><td colspan="2">診　療　科　名</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">助産所にあつては，助産師の氏名等</td><td colspan="2">住　　所</td><td colspan="2">氏　　名</td><td>勤　務　日</td><td>勤　務　時　間</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td></td><td>時から
時まで</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td></td><td>時から
時まで</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td></td><td>時から
時まで</td></tr>
<tr><td rowspan="4">薬剤師，診療エックス線技師，診療放射線技師，衛生検査技師，歯科衛生士，栄養士，看護師及び准看護師の氏名等</td><td colspan="2">住　　所</td><td>氏　　名</td><td>職名，職種</td><td>免許登録
年 月 日</td><td>登録地，番号</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

次の書類及び図面を添付すること。

（１）開設者の医師及び歯科医師の臨床研修終了登録証の写し及び免許証の写し並びに履歴書

（２）管理者の医師及び歯科医師の臨床研修終了登録証の写し及び免許証の写し並びに履歴書（管理者が開設者でない場合に限る。）

（３）診療に従事する医師及び歯科医師の臨床研修終了登録証の写し及び免許証の写し

（４）業務に従事する助産師の免許証の写し

（５）助産所の嘱託医師にあつては，承諾書

（６）敷地の平面図

（７）建物の構造概要及び平面図

（８）エックス線診療室放射線防護図（平面図及び立面図。壁及び鉛の厚さを記入すること。）

（注）

（１）平成16年3月31日以前の医籍登録年月日については，臨床研修終了登録年月日の記載及び臨床研修終了登録証の写しの添付は必要としない。

（２）平成18年3月31日以前の歯科医籍登録年月日については，臨床研修終了登録年月日の記載及び臨床研修終了登録証の写しの添付は必要としない。