

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 階 階												㎡ ㎡ ㎡		計 ㎡	
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	臨床（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		病床の種別		一 般 療 養						計							
		病棟名		棟		室 床		室 床		室 床		室 床		室 床			
		棟		室 床		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															

	臨床研修修了登録年月日	年 月 日				
	免許証番号及び登録年月日	第	号	年	月	日
診療に従事する医師及び歯科医師の氏名等	住 所	氏 名	診療科目	診 療 日	診療時間	雇入年月日
					時から 時まで	
					時から 時まで	
					時から 時まで	
助産所にあつては、嘱託医師の氏名等	住 所	氏 名	診 療 科 名			
助産所にあつては、助産師の氏名等	住 所	氏 名	勤 務 日	勤 務 時 間		
				時から 時まで		
				時から 時まで		
				時から 時まで		
薬剤師、診療エックス線技師、診療放射線技師、臨床（衛生）検査技師、栄養士、看護師及び准看護師の氏名等	住 所	氏 名	職名、職種	免許登録年月日	登録地、番号	
オンライン診療の実施の有無	有 無					

注 次の書類及び図面を添付すること。

- (1) 医師及び歯科医師の履歴書、免許証及び臨床研修修了登録証の写し
- (2) 業務に従事する助産師の免許証の写し
- (3) 助産所の嘱託医師にあつては、承諾書
- (4) 敷地の平面図
- (5) 建物の構造概要及び平面図
- (6) 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。）