

			年	月	日	
(提出先) 足立区足立保健所長						
開設者			住所			
			氏名			
			電話番号	()		
			ファクシミリ番号	()		
診 療 所 開 設 届						
診療所を開設したので、医療法第 8 条の規定により、下記のとおり届け出ます。						
記						
1	名 称					
2	所 在 地					
			電話番号	()	ファクシミリ番号	()
3	診療科目					
4	開設者 (右記に該当する者 のみ記入する)	現に病院又は診療所を開設、管理又は勤務している場合	名 称 所在地			
		本施設と同時に病院又は診療所を開設しようとする場合	名 称 所在地			
5	開設年月日		年 月 日			
6	管 理 者		住 所			
			氏 名			
			臨床研修等修了 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		
			職 歴	別添のとおり		
7	診療日時					

8 診療に従事する医師（歯科医師）の氏名、担当診療科目名、診療日時等（免許証の写し添付のこと）																															
氏 名		担当診療科目名			診療日時			臨床研修等修了 登録年月日			免許証番号及び 登録年月日																				
管 理 者									年 月 日			年 月 日 第 号																			
									年 月 日			年 月 日 第 号																			
									年 月 日			年 月 日 第 号																			
									年 月 日			年 月 日 第 号																			
9 従事する薬剤師、助産師の氏名、勤務日時等（免許証の写し添付のこと）																															
職 種		氏 名			免許登録年月日・番号						勤務日時（助産師のみ）																				
					年 月 日 第 号																										
10 従業者定員																															
医 師		薬 剤 師		看 護 師		准 看 護 師		助 産 師		放 射 線 技 師		理 学 療 法 士		作 業 療 法 士		柔 道 整 復 師		あん摩マッ ッサージ指 圧師								看 護 補 助 者		事 務 員		計	
名																														名	
11 敷地の面積						㎡ （敷地の平面図は別添のとおり）																									
12 敷地周辺の見取り図						（案内図を添付すること）																									
13 建物の構造概要及び平面図（平面図は別添のとおり）																															
建 物 総 て が 診 療 所 の 場 合					建 物 別 名 称			構 造 概 要			建 築 面 積			延 面 積																	
								造 階 建			㎡			㎡																	
								造 階 建			㎡			㎡																	
住 宅 と 併 設 の 場 合					造 階 建 の う ち 階 ㎡ 使用																										
ビルディングの一部を使用する場合					造 階 建 の う ち 階 ㎡ 使用																										
14 診察室		診 察 室 名		室 面 積		処置室兼用の場合 はその面積		診 察 室 名		室 面 積		処置室兼用の場合 はその面積																			
				㎡		㎡				㎡		㎡																			
				㎡		㎡				㎡		㎡																			

15 処置室	処置室名		室 面 積		処置室名		室 面 積			
			m ²				m ²			
16 歯科治療室・ 歯科技工室	歯科治療室面積		治療いす	防火及び必要な設備		歯科技工室面積		防火及び防塵 その他必要な設備		
	m ²		台			m ²				
17 検査室	名 称		室 面 積		防火設備		検査器具、器械等			
			m ²							
			m ²							
18 調剤所	室 面 積		かぎのかかる 貯蔵設備		冷暗所の有無		備え付けてんびん		備 考	
	m ²						10mg 台 感量 500mg 台 mg 台			
19 手術室	区分	面 積	手術台	床	壁	天井	照明	暖房	滅菌手洗設備	
	手術室	m ²	台							
	準備室	m ²								
	その他の施設									
20 エックス線装置 及び診察室	装 置		用 途		製 作 者 名 及 び 形 式					
	固定・携帯									
	固定・携帯									
	面積		室内の構造概要		操作室面積		暗室面積		暗室の設備	
	m ²				m ²		m ²			
	m ²				m ²		m ²			
21 給水設備	区 分		給水設備を有する室又は場所の名称							
	上水道・小規模給水設備・ 簡易専用水道・専用水道									
22 便 所	場 所		職員、患者の別		男女別	大・小便器数		手洗所	床	備考

23 暖房設備	診察室	エックス線室	手術室	処置室	病 室	
の有無						
24 消火機器の設置場所						
25 消 毒 施 設		設置場所（ ）消毒設備（ ）				
26 その他の施設						
待 合 室		m ²		医 局		m ²
事 務 室		m ²		控 室		m ²
27 建築確認	年 月 日 第 号					
添付書類						
(1) 開設者である医師又は歯科医師の臨床研修等修了登録証の写し及び免許証の写し並びに職歴書 (2) 診察に従事する医師又は歯科医師の臨床研修等修了登録証の写し及び免許証の写し (3) 業務に従事する助産師・薬剤師の免許証の写し (4) 土地及び建物の登記事項証明書（ビルディングの一部を賃借する場合は土地の登記事項証明書は省略できる。） (5) 土地又は建物を賃借する場合は、賃貸契約書の写し (6) 敷地の平面図（ビルディングの一部を使用する場合はその階全体の平面図） (7) 案内図 (8) 建物の平面図（縮尺100分の1以上のもの） (9) エックス線診察室放射線防護図（平面図及び立面図。縮尺50分の1のものとし、壁及び鉛の厚さを記入すること。ただし、エックス線備付届を同時に届け出する場合は省略できる。） （注1）平成16年4月1日現に医師免許を受けている者及びそれ以前に医師免許の申請を行った者であって平成16年4月1日以降に医師免許を受けた者は、医師法（昭和23年法律第201号）第16条の6第1項の規定による登録を受けた者とみなし、「臨床研修等修了登録年月日」欄の記入及び「臨床研修等修了登録証の写し」の添付は不要とする（ただし、再教育研修の命令を受けた者を除く）。 （注2）平成18年4月1日現に歯科医師免許を受けている者及びそれ以前に歯科医師免許の申請を行った者であって平成18年4月1日以降に歯科医師免許を受けた者は、歯科医師法（昭和23年法律第202号）第16条の4第1項の規定による登録を受けた者とみなし、「臨床研修等修了登録年月日」欄の記入及び「臨床研修等修了登録証の写し」の添付は不要とする（ただし、再教育研修の命令を受けた者を除く）。						

注) NO. 28～NO. 34 については有床の場合のみ記載

28 病室に接する廊下の幅											
	階 数	片側廊下		中廊下			階 数	片側廊下		中廊下	
		m		m				m		m	
		m		m				m		m	
29 建物別の階段数及びその構造 (2 階以上に病室を有する場合のみ)											
	患 者 の 使 用 す る 屋 内 直 通 階 段						避難階段	エレベーター			
階別	用途	幅	踊り場の幅	け上げ	踏面	手すりの有無	の 数	の有無			
階		m	m	cm	cm						
30 病室の構造概要											
一 般 室 床											
療養病床											
階別	病室 番号	病室 用途	一室の 病床数	一室の 床面積	一人当 り床面積	一室の採 光面積	一室の直接外 気開放面積	天井の 高 さ	換気の 方 法		
階			床	m ²	m ²	m ²	m ²	m			
31 分べん室及び		分べん室面積		構造設備		新生児入浴施設室面積		構造設備			
新生児入浴施設		m ²				m ²					
32 機能訓練室		床面積		設備概要(主な器械・器具)							
		m ²									
33 食堂及び		食堂面積		談話室と食堂の兼用			談話室が独立してある場合の床面積				
談話室		m ²		有・なし			m ²				
34 浴 室		浴室面積		構造概要		浴槽等設備概要			脱衣室面積		
		m ²							m ²		