様式第2(第2条関係)

太わく内を記入してください。

歯 科 診 療 所 開 設 許 可 申 請 書

年　　月　　日

鹿児島市保健所長　殿

開設者住所
（法人であるときは、主たる事務所の所在地）

開設者氏名
（法人であるときは、その名称及び代表者の氏名）

別紙のとおり歯科診療所を開設したいので、医療法第7条第1項の規定により申請します。

本申請について、許可してよろしいか。(　　年　　月　　日　起案)

年　月　日　決　裁							
所長		課長		係長		係	

保健所	受付	

許可番号	指令　　第　　号	許可年月日	年　　月　　日

ふ り が な		2　開設場所	鹿児島市 ☎　　－
1　名　称			
3　診療科目			

4　開設者が医師又は歯科医師以外の場合

開設の目的		維持の方法	

5　開設者が医師又は歯科医師個人の場合

現に他の病院又は診療所を開設し、管理し、又は勤務している場合		同時に2以上の病院又は診療所を開設しようとする場合	

6　管　理　者

管　理　者	現　住　所		
	氏　　名		
	登録年月日	年　　月　　日	
管理者が現に他の病院、診療所又は歯科診療所を管理しているとき。 （所属長の承諾書を添付すること。）	名　　称		所　在　地
	診　療　時　間		施設間の距離及び所要時間
	から　　まで		時間　　分　　km

7　従業員定員（人）

医師	歯科医師	薬剤師	看護師	准看護師	助産師	栄養士	診療放射線技師	診療X線技師	歯科技工士	歯科衛生士	衛生検査技師	看護助手	事務員				その他	合計

8　敷地の面積

m^2

9　患者入院施設

病　室　数	病　床　数

10　建物の構造概要

建　物　の　構　造　概　要	造　　壁　　階建て
	建築面積　　m²　延床面積　　m²
建物の一部を使用する場合	造　　階建ての内　　階　　室　　m2

11　歯科治療室

室　面　積	採　光　面　積	医　療　椅　子	ユ　ニ　ッ　ト	電気エンジン	消　毒　器	キャビネット
m²	m²	台	台			
m²	m²	台	台			
備　考						

12　歯科技工室

室　面　積	採光面積　照明	技　工　台	ブローパイプ	電気レーズ	圧　延　器	鉄　鎖
m²	m²	台	台			
備　考						

13　歯科用エックス線装置

製　作　者　名	型　式	X線管最大電圧	X線管最大電流	暗　室

14　開設予定年月日　　年　　月　　日

注

1　開設者が法人であるときは、定款、寄附行為又は条例を添付すること。

2　建物の構造概要並びに平面図、敷地の平面図及び周囲の見取り図を添付すること。

別紙1

診療に従事する医師又は歯科医師の状況

氏　　名	職　　種	担当診療科名	診　療　日	診療時間	登録番号	登録年月日	採用年月日	備　　考
					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	年　月　日	年　月　日	
					第　　号	年　月　日	年　月　日	
					第　　号	年　月　日	年　月　日	

注　免許証の写しを添付すること。

別紙2

医　療　従　事　者　名　簿

氏　　名	職　　種	登　録　番　号	登　録　年　月　日	採　用　年　月　日	備考(常勤・非常勤等)
		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	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	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	

注

1　薬剤師・栄養士・保健師・助産師・看護師・准看護師・理学療法士・作業療法士・視能訓練士・歯科衛生士・歯科技工士・診療放射線技師・診療エックス線技師・臨床検査技師・衛生検査技師・あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師・柔道整復師等免許を有する者及び介護職員をすべて記入すること。

2　免許証の写しを添付すること。