

診 療 所 開 設 届

年 月 日

尼崎市保健所長 様

開設者住所 _____

(ふりがな)
開設者氏名 _____

電 話 ー ー (担 当 :)

次のとおり開設したので、医療法第8条に基づき届け出ます。

巡回健診による場合はチェック

- 注) 1 医師・歯科医師が診療所を開設した場合、この届を開設後10日以内に2部提出すること(1部は申請者控え)
- 2 病床を設置する場合は、圏域健康福祉推進協議会(事務局:圏域健康福祉事務所企画課)の承認(病床配分)を受け、県庁医務課へ対して、事前協議手続きを経た上、「診療所病床設置許可」を受ける必要がある。(親子継承除く)
- 3 本届出に基づき、後日、兵庫県医務課よりG-MIS(医療機関等情報支援システム)による医療機能情報の入力のためのアカウント発行手続きにかかる案内が配布されますので、速やかに医療機能情報の入力を行うこと。

8 従事医師 及び薬剤師	氏名	担当診療科名	診療日時	備考			
	診療に従事する 医師（歯科医師）						
	薬 剤 師	※医師が常時3人以上勤務する診療所における専属薬剤師設置免除許可の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
9 医師、歯科医師、薬剤師、看護師（准看護師）、歯科衛生士などの従事者の定員 ※1							
医 師	名	助 産 師	名	歯科衛生士	名	そ の 他	名
歯科医師	名	看護補助者	名	臨床検査技師	名		名
薬 剤 師	名	管理栄養士（栄養士）	名	理学療法士	名		名
看 護 師	名	診療放射線技師	名	作業療法士	名		名
准看護師	名	歯科技工士	名	事 務 員	名		名
10 敷地面積及び平面図				別紙のとおり			
11 敷地周囲の見取図				別紙のとおり			
12 建物の構造概要及び平面図				別紙のとおり			
13 エックス線装置の種類 ※2				用途			
※型式は、高電圧発生装置の型式となる。				製作者名			
				型式 (定格出力)			
14 病床に係る構造設備の概要 ※3				別紙のとおり			
15 開設年月日				年	月	日	
16 オンライン診療の有無				有	・	無	

- 注) 1 従業者の定員数は整数とすること。
2 放射線機器を設置する場合のみ記載すること。
なお、設置後10日以内に別に定める診療用エックス線装置備付届を提出すること。
3 病床を設置する場合は、各室の用途・面積を示し、病床の種別も明示すること。

敷地面積及び平面図

m² (坪)

敷地周囲の見取図

- 注) 1 敷地面積は、テナントビルの場合、診療所の投影面積を記入すること。
2 敷地平面図及び周囲の見取り図は、別途図面の添付でもよい。(この場合、「別添のとおり」と記載すること。)

建物の構造概要

ア { 鉄筋 造 } { コンクリート }		イ { コンクリート・ブロック 又は煉瓦造 }		ウ { モルタル張 木 造 }		エ { 普 通 木 造 }		階建							
建物の用途 (1) 診療所のみ (2) 診療所と自宅等 (3) 集合ビル															
1階		m ² 、		2階		m ² 、		階		m ² 、		計		m ²	
階数・用途・ 室名・番号等		面 積		主な設備・器具				構 造 概 要 (壁・床・天井材等)							
		m ²													
計															
構造設備上の参考事項															

建物の平面図

- 注) 1 診療所平面図は、別途図面の添付でもよい。（この場合、「別添のとおり」と記載すること。）
2 図面上に各室の用途等を記載すること。
3 建物の一部を、診療所の用に供していない場合はその旨分かるように記載すること。
4 エックス線装置を備付ける場合は、管理区域（上下階を含む）を明示すること。

入院施設に関すること

病室一覧							
階別	図面上の室名	床面積 m ²	採光面積 m ²	開放面積 m ²	病床数	1床あたりの床面積 m ²	備考 (病床種別)
計	室		(1/7)	(1/20)			
廊下		幅 (m)			手すりの有無		
(種別・階数) 中廊下							
片廊下							
階段 (2階以上の階に病室を有するもの)							
階段及び踊場の幅 (m)			蹴上げ (m)		踏面 (m)		手すりの有無

- 注) 1 面積は小数点以下第2位まで記載すること (第3位切り捨て)。
 2 床面積は内法で記載し、種別 (中廊下・片廊下)、階数ごとに分け、規格が同じものは同一欄に記載すること。
 3 廊下、階段及び踊場の幅は手すりを含めないこと。

療養病床を有する医療機関に必要な構造設備

施設名	床面積 (㎡) (内法)	設備概要
機能訓練室		(主な機器・器具)
食 堂		
浴 室		(浴槽の概要)
談 話 室		
	<input type="checkbox"/> 専用 <input type="checkbox"/> 食堂との共用	※該当する□内に「✓」を記入する

注) 床面積は内法で、小数点以下第2位まで記載すること(第3位切り捨て)。

履 歴 書

本 籍 _____ 都・道・府・県

現 住 所 _____

ふりがな
氏 名 _____

大正 _____
昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生
平成 _____

免許証登録番号 第 _____ 号
登録年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
臨床研修修了登録年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

年 月 日	学歴（高等学校卒業以降）・職歴・賞罰（各別にまとめて書く）
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	

- 注) 1 免許証の写し（A4サイズ）を添付すること。また原本を持参し、保健所職員の照合を受けること。
- 2 臨床研修修了登録証の写し（A4サイズ）を添付すること。また原本を持参し、保健所職員に提示すること。