

年 月 日

練馬区保健所長 殿

住 所
開設者
氏 名
電 話 番 号 ()
ファクシミリ番号 ()

(法人にあつては、名称、主たる事務所の所在地および代表者の氏名)

診療所、歯科診療所または助産所使用許可申請書

診療所、歯科診療所または助産所の使用の許可を受けたいので、医療法第27条の規定により、下記のとおり申請します。

記

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------|---|----------------------|------------|----------------|-----------|---|---|----------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 名 | 称 | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 所 | 在 | 地 | 電話番号 | () | | | | | | | | | | |
| | | | | ファクシミリ番号 | () | | | | | | | | | | |
| 3 | 管 | 理 | 者 | 氏 | 名 | | | | | | | | | | |
| 4 | 診 | 療 | 科 | 目 | | | | | | | | | | | |
| 5 | 病 | 床 | (入院または 入 所 定 員) | 数 | | | | | | | | | | | |
| 6 従 業 者 数 | 医 | 師 | 名 | 臨床(衛生)検査技師 | 名 | 歯 科 医 師 | 名 | | | | | | | | |
| | 薬 | 劑 | 師 | | | 歯 科 技 工 士 | | | | | | | | | |
| | 看 | 護 | 師 | | | 歯 科 衛 生 士 | | | | | | | | | |
| | 准 | 看 | 護 | 師 | | 事 務 員 | | | | | | | | | |
| | 助 | 産 | 師 | | | 労 務 員 | | | | | | | | | |
| | 診 | 療 | 放 | 射 | 線 | | | | | | | | | | |
| | (エックス線) | 技 | 師 | | ちゅう 厨 手 | | | | | | | | | | |
| 栄 | 養 | 士 | | | | 計 | 名 | | | | | | | | |
| 7 | 許 | 可 | を | 受 | け | る | 事 | 項 | 年 月 日 第 号による開設許可書 (届書) のとおり | | | | | | |
| 8 | 使 | 用 | 開 | 始 | 予 | 定 | 期 | 日 | 年 月 日 | | | | | | |
| 9 | 自 | 主 | 検 | 査 | に | よ | る | こ | と | の | 申 | 出 | の | 有 | 無 |