

診療所開設届

年 月 日

（あて先）名古屋市長

開設者 住所

氏名  
（TEL FAX ）

診療所を開設しましたので、医療法第8条の規定により、次のとおり届け出ます。

1 名称等

名 称		TEL
所 在 地		FAX
診療科名		
開設年月日	年 月 日	

2 開設者が次の事項に該当する場合は、その施設の名称及び所在地

	名 称	所 在 地
現在他に病院又は診療所 を開設している場合		
現在他の病院又は診療所 を管理している場合		
現在他の病院又は診療所 に勤務している場合		

3 従業員の定員

医 師	歯科医師	薬 剤 師	看 護 師	そ の 他 (内 訳)	計

4 敷地の状況

面 積	
平 面 図	別紙のとおり
周囲の見取図	

5 建物の構造のあらまし（附属建物を含みます。）

建物（棟）別	構造のあらまし	建築面積	延べ面積
			(内診療所 )
計			
平 面 図	別紙のとおり		
配 置 図	別紙のとおり		

6 歯科技工室

室 面 積	構造設備のあらまし	防じん設備のあらまし

(P 2)

7 病室を有する場合は、各室の病床数等

総病室病床数			室 床								
病室 番号	病床数	床面積	1床当たりの 床面積	採光面積	直接外気※ 開放面積	病室 番号	病床数	床面積	1床当たりの 床面積	採光面積	直接外気※ 開放面積

※ 機械換気設備により換気する場合は、その内容を記入してください。

8 次の施設の有無

冷暗所又は電気冷蔵庫	有・無	エックス線装置	有・無	臨床検査室	有・無
手術室	有・無	エックス線装置 専用使用室	有・無	給食施設	有・無
調剤所	有・無	消火用機械器具	有・無		

9 管理者

氏名		TEL
住所		

10 診療に従事する医師又は歯科医師

医師又は歯 科医師の別	氏名	担 当 診療科名	診療日	診療時間	他に勤務する場 合は、その施設の名称	免許の登録番号及び登録 年月日（免許証の写しを添 える場合は、そのことを記 入してください。）
	(管理者)					

11 勤務する薬剤師

氏名	勤務する日	勤務時間	他に勤務する場合は、その施設の 名称	免許の登録番号及び登録 年月日（免許証の写しを添 える場合は、そのことを記 入してください。）

12 オンライン診療の実施の有無について

有 ・ 無
-------

注 医療法施行規則第4条ただし書の規定により記載を省略する場合は、4から6まで及び8の事項のうち変更がない事項に関する部分について斜線を引いてください。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格 A4 とする。