

年 月 日

中野区保健所長 へ

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
事務所の所在地及び代表者の氏名〕

診療所、歯科診療所又は助産所使用許可申請書

診療所、歯科診療所又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 (収 容 定 員) 数					
従 業 者 数	医 師 名	臨床 (衛生) 検 査技師	名	歯 科 医 師	名	
	薬 剤 師			歯 科 技 工 士		
	看 護 師	理 学 療 法 士		歯 科 衛 生 士		
	准 看 護 師	作 業 療 法 士		事 務 員		
	助 産 師	柔 道 整 復 士		労 務 員		
	放射線技師 (エ ックス線) 技師	看 護 補 助 者				
	栄 養 士	厨 手		計	名	
7	許 可 を 受 け る 事 項	年 月 日 第 号による開設 許可書 (届け書) 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	有 ・ 無				