

〇〇年〇〇月〇〇日

豊島区池袋保健所長

開設者

住所 東京都豊島区東池袋一丁目18番1号
〇〇ビル 〇階氏名 医療法人社団 〇〇会
理事長 豊島 太郎 ⑩個人開設の場合は、
押印不要です

電話番号 03 (1234) 5678

ファクシミリ番号 03 (1234) 5678

〔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	医療法人社団 〇〇会 〇〇クリニック																		
2	所	在	地	東京都豊島区 東池袋 一丁目 18 番 1 号 〇〇ビル 1、2階 電話番号 03 (1234) 5678 ファクシミリ番号 03 (1234) 5678																	
3	管	理	者	氏	名	〇〇 〇〇															
4	診	療	科	目	内科、産科																
5	病	床	(入所定員)数	4室6床																	
6	従	事	者	数	医	師	2	名	理	学	療	法	士	名	歯	科	医	師	名		
					薬	剤	師	名	作	業	療	法	士	名	歯	科	技	工	士	名	
					看	護	師	2	名	柔	道	整	復	士	名	歯	科	衛	生	士	名
					准	看	護	師	1	名	看	護	補	助	者	名	事	務	員	3	名
					助	産	師	1	名	栄	養	士	名	労	務	員	名				
					診	療	放	射	線	名	ちゅう	しゅ	手	1	名	名					
					(エックス線)技師	名	厨	名	名	名	名										
臨	床	検	査	名	名	名	計	10	名												
(衛生検査)技師	名	名	名	名	名	名	名														
7	許 可 を 受 け る 事 項			〇〇年〇〇月〇〇日 第 〇〇〇 号 による開設許可書（届け書）のとおり																	
8	使 用 開 始 予 定 期 間			〇〇年〇〇月〇〇日																	
9	自 主 検 査 に よ る こ と の 申 出 の 有 無			有 無																	