

平成 年 月 日

豊島区池袋保健所長

住所
開設者
氏名

印

電話番号 ()
ファクシミリ番号 ()

〔法人にあっては、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	東京都豊島区		丁目 番 号		
		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(入所定員)数					
6 従 事 者 数	医 師	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	名	柔道整復士	名	歯科衛生士	名
	准 看 護 師	名	看護補助者	名	事務員	名
	助 産 師	名	栄 養 士	名	労 務 員	名
	診療放射線 (エックス線)技師	名	ちゅう 厨	しゅ 手	名	名
	臨床検査 (衛生検査)技師	名			名	計 名
7	許可を受ける事項	平成 年 月 日 第 号 による開設許可書(届け書)のとおり				
8	使用開始予定期間	平成 年 月 日				
9	自主検査によることの申出の有無	有 無				