第21号様式(第13条第1項関係)

|  |
| --- |
| 年　　月　　日　豊島区池袋保健所長 |
| 開設者 | 住所　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(入所定員)数 | 　 |
| 6　従　業　者　数 | 医師 | 名 | 理学療法士 | 名 | 歯科医師 | 名 |  |
| 薬剤師 |  | 作業療法士 |  | 歯科技工士 |  |
| 看護師 | 　 | 柔道整復士 | 　 | 歯科衛生士 | 　 |
| 准看護師 | 　 | 看護補助者 | 　 | 事務員 | 　 |
| 助産師 | 　 | 栄養士 | 　 | 労務員 | 　 |
| 診療放射線(エックス線)技師 | 　 | 厨手ちゅう　　　　　　　　　　　　　しゅ | 　 | 　 | 　 |
| 臨床検査(衛生検査)技師 |  |  |  | 計 | 名 |
| 7　許可を受ける事項 | 年　　月　　日　　　　　第　　　　号による一部変更許可書(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 |
| 　 |