

令和 年 月 日						
豊島区保健所長						
開設者 住 所						
氏 名						
電 話 番 号 ()						
ファクシミリ番号 ()						
〔法人にあっては、名称、主たる 事務所の所在地及び代表者の氏名〕						
歯 科 診 療 所 開 設 許 可 申 請 書						
歯科診療所の開設の許可を受けたいので、医療法第7条第1項の規定により、下記のとおり申請します。						
記						
1	名 称					
2	開設の場所					
東京都 豊島区 丁 目 番 号						
電 話 番 号 ()						
ファクシミリ番号 ()						
3	診 療 科 目					
4	開 設 の 目 的					
5	維 持 の 方 法					
6	開設予定年月					
令和 年 月 上 中 下 旬						
7 従 業 者 定 員						
歯科医師	歯科衛生士	歯科技工士	事 務 員			計
名	名	名	名	名	名	名
8	敷 地 の 面 積 m ² （平面図は、別添のとおり）					
9 交通機関及び敷地周囲の見取図						
交 通 機 関	線 駅下車 口 から 徒歩 分					
	駅 口からバス（ 行） 下車 徒歩 分					
敷地の条件	用途地域		防火地域			
見 取 図	別添のとおり					

1 0 建物の構造概要及び平面図					
建 物 別 名 称	構 造 概 要			建 築 面 積	延 面 積
	造 階建て			m ²	m ²
住宅と併設の場合又はビルディングの一部を使用する場合					
住 宅 と 併 設 の 場 合	造 階建てのうち 階			m ² 使用	
ビルディングの一部を使用する場合	造 階建てのうち 階 号室			m ² 使用	
平 面 図	別添のとおり				
1 1 歯 科 治 療 室					
室 面 積	治 療 い す	給水火気設備	防 火 設 備	その他必要な設備	
m ²	台				
1 2 歯 科 技 工 室					
室 面 積	防 じん 設 備	給水火気設備	防 火 設 備	その他必要な設備	
m ²					
1 3 エックス線装置及び診療室					
開設時設置（予定） のエックス線装置	固 定、携 帯 の 別	用 途	製 作 者 名 及 び 型 式		
エックス線診察室	室 面 積	室 内 の 構 造 概 要	操 作 室 の 面 積	暗 室	
				面 積	設 備
	m ²		m ²	m ²	
	m ²		m ²	m ²	
1 4 そ の 他 の 施 設					
待 合 室	m ²	消 毒 施 設	m ²		
事 務 室	m ²		m ²		
1 5 建 築 確 認	年 月 日 第 号				
1 6 添 付 書 類					
(1) 開設者が法人であるときは、定款、寄付行為又は条例及び登記事項証明書 (2) 土地及び建物の登記事項証明書（土地又は建物を賃借する場合は、賃貸借契約書の写しも添付すること。） (3) 敷地の平面図 (4) 敷地周囲の見取図 (5) 建物の平面図（縮尺1 0 0 分の1以上のもの） (6) エックス線診療室等の放射線防護図（縮尺50 分の1以上の平面図及び側面図。壁及び鉛の厚さを記入すること。） (7) 案内図 (注1) 上記添付書類のほか、内容確認のため、追加書類を求める場合がある。					