

第 9 号様式（第 7 条関係）

年 月 日

高知市保健所長 様

開設者住所
開設者氏名

診療所開設届

診療所を開設したので、医療法第 8 条第 1 項の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

1フリ名ガナ称		電話番号	
		F A X 番号	
2 開設の場所	〒 ー		
3 開設年月日	年 月 日		
4 診療科目			
5 開設者の臨床研修修了登録証の提示確認			
	臨床研修修了登録証又は免許証番号及び登録年月日	提 示 確認欄	
	年 月 日 第 号		
6 開設者が現に病院又は診療所を開設若しくは管理し、又はこれらに勤務するものであるとき。			
	名 称		
	所 在 地		
	種 別	開設・管理・勤務	
7 開設者が同時に 2 か所以上の病院又は診療所を開設しようとするとき。			
	名 称		所 在 地
8 従業員の定員	医師 人	歯科医師 人	薬剤師 人
	看護師 人	その他 () 人	
9 敷地の面積	㎡		

10 建物の構造概要	構造		造	階層数		階建
	病室数		室	診療所面積		m ²
11 病床数	床（うち療養病床の病床数 床）					
12 各病室の病床数	室名	病床数	室名	病床数		
13 歯科医業を行う診療所であって、歯科技工室を設けようとするとき。						
	室面積 m ²					
	構造設備の概要					
14 管理者の住所 及び氏名	住所 氏名					
15 診療に従事する医師又は歯科医師の氏名、担当診療科名、診療日及び診療時間						
氏名	担当診療科名	診療日及び 診療時間	提示確認欄	免許証番号及 び登録年月日		
16 薬剤師が勤務するときは、その氏名						
17 オンライン診療の実施		有 無				

添付書類

- 1 敷地の平面図
- 2 敷地面積の見取図
- 3 建物の平面図（各室の用途を示し、療養病床に係る病室があるときは、これを明示してください。）

注意事項

- 1 開設者の臨床研修修了登録証又は免許証を提示してください。届出の際に本証の提示確認ができないときは、臨床研修修了登録証の写し又は免許証の写しの添付に代えることができます。
- 2 診療に従事する医師又は歯科医師の免許証を提示してください。届出の際に本証の提示確認ができないときは、免許証の写しの添付に代えることができます。