

様式第4号（第2条関係）

診療所（助産所）開設届																
岩手県 保健所長様		届出年月日		年 月 日												
		開設者住所														
		開設者氏名														
名称																
開設の場所																
診療科目																
診療所	開設者が現に病院若しくは診療所を開設し、若しくは管理し、又は病院若しくは診療所に勤務しているとき	開設している病院又は診療所の名称														
		管理している病院又は診療所の名称														
		勤務している病院又は診療所の名称														
	開設者が同時に2以上の病院又は診療所を開設しようとするときは、開設しようとする病院又は診療所の名称															
助産所	開設者が現に助産所を開設し、若しくは管理し、又は病院、診療所若しくは助産所に勤務しているとき	開設している助産所の名称														
		管理している助産所の名称														
		勤務している病院、診療所又は助産所の名称														
	開設者が同時に2以上の助産所を開設しようとするときは、開設しようとする助産所の名称															
敷地面積		㎡														
建物の構造及び総面積		棟		造		階建		階		㎡		計		㎡		
従業者の定員（非常勤者数は、（ ）に外書きすること。）																
医師	歯科医師	薬剤師	診療エックス線技師	診療放射線技師	衛生検査技師	看護師	准看護師	看護補助者	助産師	歯科衛生士	栄養士	ケースワーカー	事務員	その他	計	
人（ ）	人（ ）	人（ ）	人（ ）	人（ ）	人（ ）	人（ ）	人（ ）	人（ ）	人（ ）	人（ ）	人（ ）	人（ ）	人（ ）	人（ ）	人（ ）	
病棟、病室及び病床の種別ごとの病床数		病棟名 種別		一		般		療		養		計				
				棟		室	床	室	床	室	床	室	床	室	床	
		棟		室	床	室	床	室	床	室	床	室	床	室	床	室
歯科技工室を設けようとするときは、その構造設備の概要																
エックス線装置		用		型		製		KV		mA						
		用		型		製		KV		mA						
		用		型		製		KV		mA						
開設年月日		年 月 日														
管理者		住所														
		氏名														

診療に従事する医師及び歯科医師の氏名等	住 所	氏 名	診療科目	診 療 日	診療時間	雇入年月日	
					時から 時まで		
					時から 時まで		
					時から 時まで		
助産所にあつては、嘱託医師の氏名等	住 所		氏 名		診 療 科 名		
助産所にあつては、助産師の氏名等	住 所		氏 名		勤 務 日	勤 務 時 間	
						時から 時まで	
						時から 時まで	
						時から 時まで	
薬剤師、診療エックス線技師、診療放射線技師、衛生検査技師、栄養士、看護師及び准看護師の氏名等	住 所		氏 名		職名、職種	免許登録年月日	登録地、番号
オンライン診療の有無	有 無						

注 次の書類及び図面を添付すること。

- (1) 医師及び歯科医師の履歴書、免許証及び臨床研修修了登録証の写し
- (2) 助産所の嘱託医師にあつては、承諾書
- (3) 敷地の平面図
- (4) 建物の構造概要及び平面図