

第6号様式

診 療 所 開 設 届												
1 名 称								電話番号				
2 開設の場所												
3 診療を行なおうとする科目												
4 開設者が 医師又は 歯科医師 である場 合	現に他の病院又は診療 所を開設し管理し又は 勤務しているとき	名 称						開設、管理、勤務者の別				
		所 在 地										
	本施設と同時に他の病 院又は診療所を開設し ようとするとき	名 称										
		開 設 予 定 地										
5 管 理 者		現 住 所										
		氏 名			登録年月日及 び登録番号							
6 診療に従事する医師		氏 名		担 当 診 療 科 名		診 療 日			診 療 時 間			
7 定 員		医師	歯科医師	薬剤師	看護師	准看護師	助産師	X線技師	歯科技工士	歯科衛生士	その他	計
8 敷 地		面 積			平面図及び周囲の見取図			別添のとおり				
		造 葺 階建 建面積			平方米			延面積				平方米
9 建物の構造概要及び平面図		平 面 図		別添のとおり（各室の用途を表示）								
10 廊 下 (9床以下の場合は記入不要。た だし、療養病床が1以上あれば記 入要。内法で1.2m以上、両側に		建 物 別		片側廊下又は中廊下の別		患者使用の廊下幅 (m)			その他の廊下幅 (m)			

居室がある廊下は1.6m以上)												
11 階 段 (9床以下の場合は記入不要。ただし、療養病床が1以上あれば記入要。2階以上の階に病室を有する場合のみ記入)	建物別	患者が使用するかしないかの別	二階以上の各階における病室の床面積の合計	屋 内 の 直 通 階 段 (m)					避難階段の有無			
				幅	踊場	蹴上	路面	手すりの有無				
12 診 察 室	診察科名	室面積	処置室兼用の場合 その部分の面積	暖房設備	診察科名	室面積	処置室兼用の場合 その部分の面積	暖房設備				
13 手 術 室	室面積	構 造			照 明 設 備	手 術 台	暖 房 設 備	清潔な手洗い設備 (必須)	準備室の有無 ( m <sup>2</sup> )			
		床	壁	天井								
14 処 置 室 (診察室兼用の場合は記入不要)	室 名 ( 診 療 科 名 )		室 面 積			暖 房 の 種 別		給 水 設 備				
15 エックス線及びエックス線 診療室	開設時設置予定のエックス線装置		固定の別	用途 (撮影治療 歯科の別)	製 作 者	型 式	エックス線回路最大電圧					
	エックス線 診 療 室	室 面 積	室内の構造概要及び 防護施設の状況		操作室の有無、大 きさ (m <sup>2</sup> )		暗室の有無、大 きさ (m <sup>2</sup> )		暖 房 設 備 の 有 無			
16 調 剤 所	室 面 積	採光面積	外 気 解 放 面 積	麻薬金庫の有 無	冷暗所の有 無 (必須)	給水設備 の有無	備付天秤の有 無 (必須)	投薬瓶の消毒設 備の有無				
17 歯 科 治 療 室	室面積： 平方米			採光面積： 平方米								
18 歯 科 技 工 室	室面積 平方米			採 光 面 積 平方米			防塵設備 (必須) :					
19 その他の施設及び設備 (種類、大きさなどを記入)	消 毒 設 備			看 護 師 室								
	洗 たく 設 備			事 務 室								
	汚 物 処 理 施 設			待 合 室								

	検 査 室			分べん室及び新生児入浴設備							
	給 食 設 備						便 所				
	調 理 場 面 積	倉 庫 面 積	防 蠅 設 備 の 種 類	消 毒 設 備 の 種 類	患 者 用 便 器 数	職 員 (家 族) 用 便 器 数					
20 住 宅 と 併 設 の 場 合	診療所の使用面積： 平方米				住宅の使用面積： 平方米						
21 病室の構造設備・患者収容定員（床面積は内法） 室 床	室番号	階別	収容定員	一室の床面積	一人当りの床面積	一室の採光面積	直接外気解放面積	天井の高さ	床高	換気孔	暖房の種別
22 その他必要な事項	(消火用機械・器具)					(薬剤師氏名)					
23 開 設 年 月 日											
<p>上記のとおり診療所(歯科診療所)を開設したので、お届けします。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">開設者住所：</p> <p style="text-align: right;">氏名： <span style="float: right;">㊞</span></p> <p>鳥取県西部総合事務所長 様</p>											

添付書類

- 1 医師免許証の写し、麻酔科標榜許可証の写し、臨床研修修了登録証の写し、位置図、建物平面図
- 2 診療用エックス線装置のある場合は、「診療用エックス線装置設置届」を同時に提出すること。