

年 月 日

豊島区池袋保健所長

住所
開設者 氏名 (印)
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		ちゅう 厨	しゅ 手		
	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				