

〇〇年 〇〇月 〇〇日

豊島区池袋保健所長

住所 東京都豊島区東池袋一丁目18番1号
 開設者 氏名 豊島 太郎
 電話番号 03 (1234) 5678
 ファクシミリ番号 03 (1234) 5678

印

押印は不要です

歯科診療所開設届

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

記

1	名称	〇〇歯科医院			
2	開設の場所	東京都豊島区 東池袋一丁目18番1号 電話番号 03 (1234) 5678 ファクシミリ番号 03 (1234) 5678			
3	診療科目	歯科、小児歯科、矯正歯科、歯科口腔外科			
4	開設者	現に病院又は診療所を開設し、管理し、又は勤務している場合	名称所在地		
		本施設と同時に病院又は診療所を開設しようとする場合	名称所在地		
5	開設年月日	〇〇年 〇月 〇〇日			
6	住所	東京都豊島区東池袋一丁目18番1号 電話番号 03 (1234) 5678 ファクシミリ番号 03 (1234) 5678			
		氏名	豊島 太郎		
	臨床研修等修了登録年月日	〇〇年 〇月 〇〇日		確認欄 (注1)	
	免許証番号及び登録年月日	第 〇〇〇〇〇〇 号 〇〇年 〇月 〇〇日		確認欄 (注1)	
7	診療日時	月～金 9:00～12:00 15:00～18:00, 土 9:00～12:00			

8 診療に従事する歯科医師（医師）の氏名、担当診療科目、診療日時及び医籍の登録事項						
氏名	担当診療科目	診療日時	医籍の登録事項		確認欄 (注1)	
			臨床研修等修了 登録年月日	免許証番号及び 登録年月日		
豊島 太郎	歯科、小児歯科	診療日時のとおり	〇〇年〇月〇日	第〇〇〇〇〇〇号 〇〇年〇月〇日		
豊島 次郎	矯正歯科、 歯科口腔外科	月、水、金	年 月 日	第〇〇〇〇〇〇号 〇〇年〇月〇日		
			年 月 日	第 号 年 月 日		
			年 月 日	第 号 年 月 日		
			年 月 日	第 号 年 月 日		
			年 月 日	第 号 年 月 日		

9 医療従事者（歯科衛生士、歯科技工士等）					
職種	氏名	免許証番号	登録年月日	確認欄	
歯科衛生士	〇〇 〇〇	第〇〇〇〇〇〇号	〇〇年〇月〇日		
歯科衛生士	〇〇 〇〇	第〇〇〇〇〇〇号	〇〇年〇月〇日		
歯科衛生士	〇〇 〇〇	第〇〇〇〇〇〇号	〇〇年〇月〇日		
歯科技工士	〇〇 〇〇	第〇〇〇〇〇〇号	〇〇年〇月〇日		
		第 号	年 月 日		
		第 号	年 月 日		

10 従業者定員						
歯科医師	歯科衛生士	歯科技工士	事務員			計
2名	3名	1名	1名	名	名	7名

11 敷地の面積	〇〇〇.〇 m ² (平面図は、別添のとおり)
----------	------------------------------------

12 交通機関及び敷地周囲の見取図	
交通機関	JR他線 池袋駅下車 東口から徒歩 5分
	駅 口からバス(行) 下車徒歩 分
敷地の条件	用途地域 商業 防火地域 防火
見取図	別添のとおり

1 3 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
	鉄骨鉄筋コンクリート造 ○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	鉄骨鉄筋コンクリート造 ○階建てのうち 1階 ○○.○ m ² 使用			
ビルディングの一部を使用する場合	造 階 階建てのうち 号室 m ² 使用			
平面図	別添のとおり			
1 4 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
29.5 m ²	4台	上水道、都市ガス	消火器	
m ²	台			
1 5 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
7.5 m ²	吸塵装置	上水道、都市ガス	消火器	石膏トラップ
1 6 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	
	固定	一般撮影	(株)△△△, ○○○○	
	固定	歯科用	(株)△△△, ○○○○	
エックス線診療室	室面積	室内の構造概要	操作室の面積	暗室 面積 設備
	18.5 m ²	鉄筋コンクリート	5.2 m ²	3.8 m ² 自動現像
	m ²		m ²	m ²
1 7 その他の施設				
待合室	12.8 m ²			m ²
事務室	9.9 m ²			m ²
消毒施設	5.5 m ²			m ²
1 8 建築確認	○○年 ○月 ○○日		第○○○号	

19 添付書類

(注2・3)

(1) 開設者の歯科医師又は医師の臨床研修等修了登録証の写し及び免許証の写し並びに職歴書
(注2・3)

(2) 管理者の歯科医師又は医師の臨床研修等修了登録証の写し及び免許証の写し並びに職歴書
(管理者が開設者でない場合に限る。)

(注2・3)

(3) 診療に従事する歯科医師又は医師の臨床研修等修了登録証の写し及び免許証の写し

(4) 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。）

(5) 敷地の平面図

(6) 敷地周囲の見取図

(7) 建物の平面図（縮尺100分の1以上のもの）

(8) エックス線診療室放射線防護図（平面図及び立面図。縮尺50分の1又は25分の1のものとし、壁及び鉛の厚さを記入すること。）

(9) 案内図

(注1) 臨床研修等修了登録証の写し及び免許証の写しの添付は、本証の提示確認に代えることができる。提示確認の場合は、該当欄に保健所担当者の確認印を受けること。

(注2) 平成18年4月1日時点において現に歯科医師免許を受けている者及び同日前に歯科医師免許の申請を行った者であって同日以後に歯科医師免許を受けた者は、医療法等の一部を改正する法律（平成12年法律第141号。以下「一部改正法」という。）第3条の規定による改正後の医療法及び一部改正法第5条の規定による改正後の歯科医師法の適用については、同法第16条の4第1項の規定による登録を受けた者とみなす。

(注3) 平成16年4月1日時点において現に医師免許を受けている者及び同日前に医師免許の申請を行った者であって同日以後に医師免許を受けた者は、一部改正法第2条の規定による改正後の医療法及び一部改正法第4条の規定による改正後の医師法の適用については、同法第16条の4第1項の規定による登録を受けた者とみなす。