

年 月 日

豊島区池袋保健所長

住 所

開設者

氏 名



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請書

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
	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
	助	産	師		栄 養 士	事 務 員
	診 療 放 射 線 (エックス線)技師		ちゅう 厨	しゅ 手		労 務 員
	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		