

〇〇年〇〇月〇〇日

豊島区池袋保健所長

開設者 住所 東京都豊島区東池袋一丁目18番1号
〇〇ビル 〇階
氏名 医療法人社団 〇〇会 理事長 豊島 太郎 印

個人開設の場合は、
押印不要です

電話番号 03 (1234) 5678
ファクシミリ番号 03 (1234) 5678

〔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	医療法人社団 〇〇会 〇〇クリニック				
2	所 在 地	東京都豊島区 東池袋 一丁目 18 番 1 号 〇〇ビル 1、2階 電話番号 03 (1234) 5678 ファクシミリ番号 03 (1234) 5678				
3	管 理 者 氏 名	〇〇 〇〇				
4	診 療 科 目	内科、産科				
5	病床（入所定員）数	4室6床				
6 従 事 者 数	医 師	2 名	理 学 療 法 士	名	歯 科 医 師	名
	薬 剤 師	名	作 業 療 法 士	名	歯 科 技 工 士	名
	看 護 師	2 名	柔 道 整 復 士	名	歯 科 衛 生 士	名
	准 看 護 師	1 名	看 護 補 助 者	名	事 務 員	3 名
	助 産 師	1 名	栄 養 士	名	労 務 員	名
	診 療 放 射 線 (エックス線) 技師	名	ちゅう 厨 しゅ 手 1 名	名		名
	臨 床 検 査 (衛生検査) 技師	名		名	計	10 名
7	許 可 を 受 け る 事 項	〇〇年〇〇月〇〇日 第 〇〇〇 号 による開設許可書（届け書）のとおり				
8	使 用 開 始 予 定 期 間	〇〇年〇〇月〇〇日				
9	自 主 検 査 に よ る こ と の 申 出 の 有 無	有 無				