

墨田区長 あて

開設者 住所
氏名
電話番号 ()
ファクシミリ番号 ()

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				
2	所在地	電話番号 () ファクシミリ番号 ()			
3	診療科目				
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	年 月 日			
6 管理者	現住所	電話番号 () ファクシミリ番号 ()			
	氏名				
	臨床研修等修了登録年月日	年 月 日	確認欄		
	免許証番号及び登録年月日	第 号 年 月 日	確認欄		
7	診療日時				

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
			臨床研修等修了登録年月日	免許証番号及び登録年月日		
			年 月 日	第 年 月 日	号 日	
			年 月 日	第 年 月 日	号 日	
			年 月 日	第 年 月 日	号 日	
			年 月 日	第 年 月 日	号 日	
			年 月 日	第 年 月 日	号 日	
			年 月 日	第 年 月 日	号 日	

9 医療従事者(歯科衛生士、歯科技工士等)				
職種	氏名	免許登録年月日	登録番号	確認欄
		年 月 日	第 号	
		年 月 日	第 号	
		年 月 日	第 号	
		年 月 日	第 号	

10 従業者定員					
歯科医師	歯科衛生士	歯科技工士	事務員		計
人					人

11 敷地の面積	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	線		駅下車		口徒歩	分
	駅		口からバス(行)下車徒歩	分
敷地の条件	用途地域		防火地域			
見取図	別添のとおり					

第9号様式(第2片)(表)

13 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
	造り 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	造り 階建てのうち		階	m ² 使用
ビルディングの一部を使用する場合	造り 階建てのうち		階	m ² 使用
平面図				
14 歯科治療室				
室面積	治療椅子	給水火気設備	防火設備	その他必要な設備
m ²	台			
15 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
m ²				
16 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				
固定又は携帯の別	用途	製作者名及び型式		
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
m ²		m ²	m ²	

17 その他の施設			
事務室	階	m ²	待合室
消毒施設		m ²	
18 建築確認	年 月 日 第 号		
19 添付書類			
<p>(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</p> <p>(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。)</p> <p>(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</p> <p>(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してください。)</p> <p>(5) 敷地の平面図</p> <p>(6) 敷地周囲の見取図</p> <p>(7) 建物の平面図(縮尺100分の1以上のもの)</p> <p>(8) エックス線診療室放射線防護図(平面及び立面図。縮尺50分の1のものとし、壁及び鉛の厚さを記入してください。)</p> <p>(9) 案内図</p> <p>(注1) 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)により、歯科医師法第16条の4第1項の規定による臨床研修を修了した旨の登録を受けた者とみなします。</p> <p>(注2) 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、医療法等の一部を改正する法律により、医師法第16条の6第1項の規定による臨床研修を修了した旨の登録を受けた者とみなします。</p> <p>(注3) 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ます。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てください。</p>			