

年 月 日

青森市保健所長 様

(法人であるときは、主たる事務所の所在地)  
〒

住 所

開設者

(電話)

(法人であるときは、名称及び代表者氏名)

氏 名

診療所開設許可申請書

医療法第7条第1項の規定による診療所開設の許可を受けたいので、同法施行規則第1条の14第1項の規定により下記のとおり申請します。

記

診療所の 名称等	名 称	(フリガナ)																	
	開設の場所 (所在地)	〒																	
	診療科目	(電話) (FAX)																	
開設の目的																			
維持の方法																			
管理者の 氏名等	氏 名																		
	生年月日	年 月 日																	
	現住所	〒																	
	医籍登録番号											登録年月日		年 月 日					
従業者 の定員 (単位:人)	医師	歯科 医師	薬剤師	看護師	准看護師	助産師	看護補助者	管理) 栄養士	診療放射線技師	診療エックス線技師	臨床(衛生)検査技師	臨床工学技士	理学療法士	作業療法士	歯科衛生士	歯科技工士	事務職員	その他職員	合 計
敷地の 状況	面 積	m <sup>2</sup>																	
	平 面 図	別添のとおり																	
	周囲の見取図	別添のとおり (建物の配置を記載すること。)																	

建物の 構造概 要	建築面積		m <sup>2</sup>		建築延べ面積		m <sup>2</sup>		
	主要構造		造 階建		( ) 建てビル内 ( ) 階部分				
	診療所面積		m <sup>2</sup>						
	平面図		別添のとおり						
病床区分 毎病室数 及び病床 数	病室数	病床数	一般病床			療養病床			
	合計	合計	病室数	病床数	病室数	病床数	病室数	病床数	
	室	床	室	床	室	床	室	床	
諸 施 設 の 構 造 設 備	診察室		ヶ所 (内処置室兼用 ヶ所)						
	処置室		ヶ所(診察室と兼用のものは除く)						
	手 術 室	準備室の附設		有・無	塵埃防止装置	有 (概要 )・無			
		内壁全体の材質		タイル・セラゾー・プラスチック・パネル・その他 ( )					
		適当な暖房設備		スチーム・空調・蒸気・ガス・電気・石油・その他 ( )					
		適当な照明		有・無	手洗い設備		有・無		
	臨床検査室		有 (機械器具名称 )・無						
	エ ッ ク ス 線 装 置	装 置	製作者・型式等						
			用途						
			台数	台	台	台	台	台	
	使 用 室	線 装 置	固定・移動・携 帯の別						
			操作室	有 ( ヶ所)・無	暗室	有・無			
	調 剤 所	用 室	構造設備の概要 (特に放射線障 害防止の方法)						
			調剤所	<input type="checkbox"/> 採光換気設備 <input type="checkbox"/> 冷暗所 <input type="checkbox"/> 天秤 <input type="checkbox"/> 毒薬保管場所：施錠 <input type="checkbox"/> 劇薬・普通薬を区別できる棚 <input type="checkbox"/> その他調剤に必要な器具					
	消毒設備		有 (設備の概要 )・無						
	人工透析設備		有 ( 床 面積 m <sup>2</sup> )・無						
	分べん室		有・無	沐浴室		有・無			
歯 科 技 工 室	防塵設備				防火設備				
	換気設備				石膏トラップ		有・無		
消火用設備									
開設予定年月日		年 月 日							
連 絡 先	名称								
	所在地		〒  (電話) (FAX)						
	担当者職氏名								

青森市保健所長 様

（法人であるときは、主たる事務所の所在地）

〒

住 所

開設者

（電話）

（法人であるときは、名称及び代表者氏名）

氏 名

助産所開設許可申請書

医療法第7条第1項の規定による助産所開設の許可を受けたいので、同法施行規則第2条の規定により下記のとおり申請します。

記

助産所の 名称等	名 称	(フリガナ)								
	開設の場所 (所在地)	〒  (電話) (FAX)								
分娩取扱い等の業態		<input type="checkbox"/> 取り扱う		<input type="checkbox"/> 取り扱わない		<input type="checkbox"/> 出張のみ				
管理者（助産師）の 氏名等		氏名	(フリガナ)							
		現住所	〒  (電話) (FAX)							
		助産師登録番号								
		登録年月日	年		月		日			
従業者の 定 員 (単位:人)	助産師							事務職員	合 計	
敷 地 の 状 況	面 積	m <sup>2</sup>								
	平 面 図	別添のとおり								
	周囲の見取図	別添のとおり（建物の配置を記載すること。）								

建物の 構造概要	主 要 構 造	造 階 (ビル内： 階建内 階使用)		
	建 築 面 積	m <sup>2</sup>	建築延べ面積	m <sup>2</sup>
	助 産 所 面 積	m <sup>2</sup>		
	平 面 図	別添のとおり		
	入 所 室	室	入 所 者	人
	分べん室面積	m <sup>2</sup>		
開設予定年月日		年 月 日		
消 火 用 設 備				
連絡先等	名 称			
	所 在 地	〒		
	担当者職 氏名	(電話)	(F A X)	
		(フリガナ)		



敷地の状況	面積		m <sup>2</sup>				
	平面図		別添のとおり				
	周囲の見取図		別添のとおり（建物の配置を記載すること。）				
建物の構造概要	建築面積		m <sup>2</sup>	建築延べ面積	m <sup>2</sup>		
	主要構造		造 階建	（ ）建てビル内（ ）階部分			
	診療所面積		m <sup>2</sup>				
	平面図		別添のとおり				
病床区分 毎病室数 及び病床 数	病室数	病床数	療養病床		左記以外の病床		
	合計	合計	病室数	病床数	病室数	病床数	
	室	床	室	床	室	床	
諸施設の 構造設備	診察室		ヶ所（内処置室兼用 ヶ所）				
	処置室		ヶ所（診察室と兼用のものは除く）				
	手術室	準備室の附設		有・無	塵埃防止装置	有（概要 ）・無	
		内壁全体の材質		タイル・テラゾー・プラスチック・パネル・その他（ ）			
		適当な暖房設備		スチーム・空調・蒸気・ガス・電気・石油・その他（ ）			
		適当な照明		有・無	手洗い設備	有・無	
	臨床検査室		有（機械器具名称 ）・無				
	エックス線装置	装	製作者・型式等				
			用途				
			台数	台	台	台	台
			固定・移動・携帯の別				
	使用室	操作室		有（ ヶ所）・無		暗室	有・無
		構造設備の概要（特に放射線障害防止の方法）					
	調剤所	□採光換気設備		□冷暗所	□天秤	□毒薬保管場所：施錠	
		□劇薬・普通薬を区別できる棚		□その他調剤に必要な器具			
	消毒設備		有（設備の概要 ）・無				
	人工透析設備		有（ 床 面積 m <sup>2</sup> ）・無				
分べん室		有・無		沐浴室	有・無		
歯科技工室	防塵設備				防火設備		
	換気設備				石膏トラップ	有・無	

診療に従事する医師(歯科医師)の氏名、担当診療科目等	氏 名			
	担 当 診 療 科 目			
	診療に従事する日(曜日)			
	診療時間			
	医籍(歯科	番 号		
	医籍)登録	年 月 日		
備 考				
勤務する薬剤師の氏名等	氏名(ふりがな)			
	薬剤師籍登録番号			
	薬剤師籍登録年月日			
消火用設備				
連絡先	名称			
	所在地		〒	
			(電話)	(FAX)
担当者職氏名				

年 月 日

青森市保健所長 様

〒  
住 所  
開設者 (電 話)  
氏 名

助産所開設届

助産所を開設したので、医療法第8条の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

助産所 の 名称等	名 称	(フリガナ)	
	開設の場所 (所在地)	〒  (電 話) (F A X)	
開設年月日		年 月 日	
開設者が他に開設、管理 又は勤務している場合 の当該施設の名称等	施設の名称		
	所在地	〒  (電話) (F A X)	
	<input type="checkbox"/> 開設者 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 勤務者		
同時に別の助産所を開 設しようとする場合の 当該施設の名称等	施設の名称		
	所在地	〒  (電話) (F A X)	
	開設年月日	年 月 日	
管 理 者 の 氏 名 等	氏名	(フリガナ)	
	生年月日	年 月 日	
	現住所	〒	
	助産師登録番号 及び登録年月日		
分娩取扱い等の業態		<input type="checkbox"/> 取り扱う <input type="checkbox"/> 取り扱わない <input type="checkbox"/> 出張のみ	



従業者の 定員 (単位:人)	助産師							事務職員	合計
業務に従事する助産師の氏名等	氏名(フリガナ)								
	業務に従事する日(曜日)								
	業務時間								
	助産師登録番号及び登録年月日								
	備考								
敷地の状況	面積	m <sup>2</sup>							
	平面図	別添のとおり							
	周囲の見取図	別添のとおり(建物の配置を記載すること。)							
建物の構造概要	主要構造	造 階(ビル内: 階建内 階使用)							
	建築面積	m <sup>2</sup>		建築延べ面積		m <sup>2</sup>			
	助産所面積	m <sup>2</sup>							
	平面図	別添のとおり							
	入所室	室		入所者		人			
	分べん室面積	m <sup>2</sup>							
嘱託医師の氏名もしくは嘱託医療機関の名称等	氏名(名称)	(フリガナ)							
	現住所(所在地)	〒							
	医籍登録番号				登録年月日				
	診療科名	<input type="checkbox"/> 産科		<input type="checkbox"/> 産婦人科					
上記による対応が困難な場合のための嘱託医療機関	名称	(フリガナ)							
	所在地	〒							
	診療科名	<input type="checkbox"/> 産科と小児科(新生児の診療を行う小児科) <input type="checkbox"/> 産婦人科と小児科(新生児の診療を行う小児科)							
連絡先等	名称								
	所在地	〒							
	担当者職 氏名	(フリガナ)		(電話)		(FAX)			

様式第7号（青森市医療法施行細則第2条関係）

年 月 日

青森市保健所長 様

（法人であるときは、主たる事務所の所在地）

〒

住 所

開設者

（電話）

（法人であるときは、名称及び代表者氏名）

氏 名

### 診療所・助産所開設届

下記のとおり診療所・助産所を開設したので、医療法施行令第4条の2第1項及び医療法施行規則第3条第1項の規定により届け出ます。

#### 記

診療所等の 名称等	名 称	(フリガナ)		
	所 在 地	〒 (電 話) (FAX)		
開設許可年月日		年	月 日	
開設許可番号		青市指令保保第	号	
開設年月日		年	月 日	
管理者の 氏名等	氏名 (フリガナ)			
	現住所	〒 (電 話) (FAX)		
	医籍 (歯科医籍、助産師籍) 登録	番号 年月日	年 月 日	
診療に従事する 医師 (歯科 医師) の 氏名、担 当診療科 目等	氏 名 (フリガナ)			
	担当診療科目			
	業務に従事する日 (曜日)			
	診療時間			
	医籍 (歯科 医籍) 登録	番号 年月日		
	備 考			

勤務する 薬剤師の 氏名等	氏名 (フリガナ)				
	薬剤師籍登録番号		登録年月日	年 月 日	
助産所の 場合のみ	従 事 す る 助 産 師	氏名 (フリガナ)			
		業務に従事する日 (曜日)			
	業務時間				
	助産師籍登録番号				
	助産師籍登録年月日				
	嘱託医師の 氏名もしくは 嘱託医療 機関の名称 等	氏名 (名称)	(フリガナ)		
		現住所 (所在地)	〒		
医籍登録番号			医籍登録年月日		
診療科名		<input type="checkbox"/> 産科 <input type="checkbox"/> 産婦人科			
上記による 対応が困難 な場合のため の嘱託医療 機関	名称	(フリガナ)			
	所在地	〒			
	診療科名	<input type="checkbox"/> 産科と小児科 (新生児の診療を行う小児科) <input type="checkbox"/> 産婦人科と小児科 (新生児の診療を行う小児科)			
連絡先等	名称				
	所在地	〒			
	担当者職氏名	(フリガナ)			