第5号様式(第3条関係)

歯科診療所開設許可申請書

年　　月　　日

　　大分県知事　　　　殿

住所

申請者

氏名　　　　　　　　印

|  |  |
| --- | --- |
|  | 法人にあっては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の職氏名 |

電話番号(　　)　　－

　　下記のとおり歯科診療所の開設の許可を受けたいので、医療法第7条第1項の規定により申請します。

記

　1　名称

　2　開設の場所

　3　診療科目

　4　開設の目的

　5　維持の方法

　6　従業者の定員

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医師  歯科 | 薬剤師 | 衛生士  歯科 | 技工士  歯科 | 看護師 | 准看護師 | 補助者  看護 | 線技師  診療放射 | 事務員 | その他 | 計 |
| 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

　7　敷地の面積　　　　　　　　　　　　m2

　8　建物の構造概要

|  |  |
| --- | --- |
| 造 | 建面積　　　　　　　　　　　　　　m2 |
| 階建 | 延面積　　　　　　　　　　　　　　m2 |
| ビルディングの一部を使用する場合 | 造　　　階建の中　　　階　　　室　　　m2 |

　9　歯科治療室

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 室面積 | 採光面積 | 治療椅子 | ユニット | 電気エンジン | 消毒器 |
| m2 | m2 | 台 | 台 | 台 | 有・無 |

　10　歯科技工室

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 室面積 | 採光面積又は照明 | 技工台 | ブローパイプ | 電気レーズ | 圧延器 | 鉄ちん |
| m2 | m2 | 台 | 台 | 台 | 有・無 | 有・無 |

　11　歯科用エックス線装置

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 製作者名 | 型式 | 最大管電圧 | 最大管電流 |
|  |  |  |  |

　12　その他必要な事項

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 建築確認 | 年　　月　　日　　第　　　　　号 | | |
| 開設予定年月 | 年　　月 | 上  中  下 | 旬 |

　添付書類

　　1　開設者が法人であるときは、定款、寄附行為又は条例及び登記事項証明書

　　2　敷地見取図及び建物平面図

　注　氏名(法人にあっては、代表者氏名)を記載し、押印することに代えて、自署することができる。