

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

（法人であるときは、名称及び代表者氏名）

氏 名

診療所・助産所休止（廃止、再開）届

- ☐ 診療所・助産所を休止したので、医療法第 8 条の 2 第 2 項の規定に基づき、下記のとおり届け出ます。
- ☐ 診療所・助産所を再開したので、医療法第 8 条の 2 第 2 項の規定に基づき、下記のとおり届け出ます。
- ☐ 診療所・助産所を廃止したので、医療法第 9 条第 1 項の規定に基づき、下記のとおり届け出ます。

記

診療所の 名称等	名 称	(フリガナ)	
	所 在 地	〒	
		(電 話)	(F A X)
	開設許可(届出)年月日及び 指令(届出済)番号		
休止（廃止、再開）の 理由			
廃止、再開年月日		年 月 日	
休止の予定期間		年 月 日 ～ 年 月 日	
休止期間中の施設の 管理方法			
連絡先等	名 称		
	所 在 地	〒	
		(電 話)	(F A X)
	担当者職 氏名	(フリガナ)	

年 月 日

青森市保健所長 様

住 所
届出義務者 氏 名
死亡者（失そう者）との続柄

診療所・助産所開設者死亡（失そう）届

診療所・助産所の開設者が死亡した（失そうの宣告を受けた）ので、医療法第 9 条第 2 項の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

診療所等 の 名 称 等	名 称	(フリガナ)
	所 在 地	〒 (電 話) (F A X)
	開設届出年月日及 び届出済番号	
開 設 者	住 所	〒 (電 話)
	氏 名	(フリガナ)
死亡（失そう宣告）年月日		年 月 日
届出後の施設の取扱い 予定		
届 出 義 務 者 の 連 絡 先等	名 称	
	所 在 地	〒 (電 話) (F A X)

年 月 日

青森市保健所長 様

〒

住 所

開設者

(電 話)

氏 名

診療所・助産所開設者自身の管理免除許可申請書

開設者以外の者を診療所・助産所の管理者とする許可を受けたいので、医療法第 1 2 条第 1 項ただし書の規定により、下記のとおり申請します。

記

診療所等の 名 称 等	名 称	(フリガナ)	
	所 在 地	〒 (電 話) (F A X)	
	開設年月日及び 届出済番号		
開設者自身が管理することができない理由			
管理の免除を受けようとする期間		年 月 日 ～ 年 月 日	
管理者に しようとする者	氏 名	(フリガナ)	
	住 所	〒	
	生 年 月 日		
	医籍（歯 科医籍、 助 産 師 籍）登録	番 号	
		年月日	
連絡先等	名 称		
	所 在 地	〒 (電 話) (F A X)	
	担 当 者 職 氏 名		

管理者にしようとしている医師の就任承諾書（別紙）を添付してください。

別紙

年 月 日

住所

氏名 (※)

(※) 本人が手書きしない場合は記名押印をしてください。

就任承諾書

私は下記の通り就任することを承諾します。

記

- 1 就任年月日
- 2 就任する職名
- 3 施設名
- 4 法人名
- 5 所在地

(法人であるときは、主たる事務所の所在地)

$$\overline{\text{T}}$$

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・助産所の管理を兼任する許可を受けたいので、医療法第12条第2項の規定により、下記のとおり申請します。

[illegible]

新たに管理する診療所・助産所	名 称		(フリガナ)																	
	所 在 地		〒 (電 話) (F A X)																	
	診療科目																			
	診療 (業務) 日時																			
	病床数		病 床 数 計		病床の種別ごとの内訳															
				一 般		療 養		精 神		感 染 症		結 核								
				床		床		床		床		床								
	従業員の定員 (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 (技工) 士		事務職員	その他職員	合 計
	管理兼任期間				年 月 日 ～ 年 月 日															
管理兼任する理由																				
法第 12 条第 2 項のうち該当する規定				☐ (1) 医師の確保を特に図るべき区域内に開設する診療所を管理しようとする場合 (本市は該当しません。) ☐ (2) 介護老人保健施設その他の厚生労働省内で定める施設に開設する診療所を管理しようとする場合 ☐ (3) 事業所等に従業員等を対象として開設される診療所を管理しようとする場合 ☐ (4) 地域における休日又は夜間の医療法第 30 条の 3 第 1 項に規定する医療提供体制の確保のために開設される診療所を管理しようとする場合 ☐ (5) その他厚生労働省令で定める場合																
管理兼任する診療所・助産所相互間の距離及び所要時間等				距離																
				移動に要する時間																
				移動手段		電車、自動車、バス、自転車、徒歩、その他 ()														
連 絡 先 等		名 称																		
		所 在 地		〒 (電話) (F A X)																
		担当者職 氏名		(フリガナ)																

☐ 申請は新たに管理する施設の開設者がおこなってください。

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

専属薬剤師設置免除許可申請書

専属の薬剤師を置かないことの許可を受けたいので、医療法第 1 8 条ただし書の規定により、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)			
	所 在 地	〒 (電 話) (F A X)			
	診 療 科 目				
過去 1 年間の 1 日平均患者数		入院患者数	人	外来患者数	人
過去 1 年間の 1 日平均外来処方せん数					
専属薬剤師を置かない理由					
連絡先等	名 称				
	所 在 地	〒 (電話) (F A X)			
	担当者職 氏名	(フリガナ)			

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・助産所検査申請書

診療所・助産所の使用をする許可を受けたいので、医療法第 2 7 条の規定により、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)		
	所 在 地	〒 (電 話) (F A X)		
本申請に係る許可の種別				
本 申 請 に 係 る 許 可 年 月 日 及 び 番 号		年 月 日付け 第 号		
使用開始予定年月日		年 月 日		
構 造 設 備 概 要				
階 段	直通階段	ヶ所	患者用 エレベーター	有 (ヶ所) ・ 無
	階段幅	最小値 m	踊場幅	最小値 m
	踏み面幅	最小値 m	けあげ高	最小値 m
	手すり	有 ・ 無		
	避難階段	ヶ所 (避難階段としての構造を持つ直通階段 ヶ所)		
廊 下 幅	療養病床の病室に隣接する廊下幅(最小値)		その他の病室に隣接する廊下幅(最小値)	
	片側居室	m	片側居室	m
	両側居室	m	両側居室	m

病室(助産所の場合入所室)	病室名 (入所室名)	病床数	有効内法 床面積	1床(1母子)あ たりの有効床 面積	採光面積 (診療所のみ)	外気解放面積 (診療所のみ)	病床種別
		床	m ²	m ²	m ²	m ²	一般・療養
		床	m ²	m ²	m ²	m ²	一般・療養
		床	m ²	m ²	m ²	m ²	一般・療養
		床	m ²	m ²	m ²	m ²	一般・療養
		床	m ²	m ²	m ²	m ²	一般・療養
		床	m ²	m ²	m ²	m ²	一般・療養
		床	m ²	m ²	m ²	m ²	一般・療養
		床	m ²	m ²	m ²	m ²	一般・療養
諸 施 設 構 造 設 備 概 要							
給 食 施 設	患者用食堂	有 (面積 m ²) ・ 無					
	入院患者全員に給食 可能な能力	有 ・ 無 (業務委託業者名)					
	調理室床の構造等	耐水材料の概要：コンクリート・タイル・その他 ()					
	採光換気設備	有 (概要) ・ 無					
	食器洗浄消毒設備	有 (消毒方法) ・ 無					
	防火設備	有 (概要) ・ 無					
療 養 病 室	機能訓練室	m ²	器械・器具				
	談話室	有 (m ²) ・ 無 (食堂との兼用 有 ・ 無)					
	食堂	有 (m ²) ・ 無					
	身体不自由者が入浴 可能な浴室	有 (m ²) ・ 無 概要：					
連 絡 先 等	名 称						
	所 在 地	〒 (電話) (FAX)					
	担当者職 氏名	(フリガナ)					