第21号様式(第14条関係)

|  |
| --- |
| 年　　月　　日　　(宛先)みなと保健所長住所　　　　　　　　　　　　　　　開設者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　(　　)　　　ファクシミリ番号　　(　　)　　　 |
| 　 | 法人にあっては、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使用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 | 　 | 　 |
| 2　所在地 | 電話番号　(　)　ファクシミリ番号　(　) |
| 3　管理者氏名 | 　 |
| 4　診療科目 | 　 |
| 5　病床(入所定員)数 | 　 |
| ６従業者数 | 医師 | 名 | 臨床(衛生)検査技師 | 名 | 歯科医師 | 名 |
| 薬剤師 | 　 | 歯科技工士 | 　 |
| 看護師 | 　 | 理学療法士 | 　 | 歯科衛生士 | 　 |
| 准看護師 | 　 | 作業療法士 | 　 | 事務員 | 　 |
| 助産師 | 　 | 柔道整復士 | 　 | 労務員 | 　 |
| 診療放射線(エックス線)技師 | 　 | 看護補助者 | 　 | 　 | 　 |
| 厨手 | 　 |
| 栄養士 | 　 | 計 | 名 |
| 7　許可を受ける事項 | 　　年　　月　　日　第　　号による開設許可書(届け書)のとおり |
| 8　使用開始予定期日 | 　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 9 | 自主検査によることの申出の有無 | 有・無 |
| 　 |