

※1 年 月 日

（あて先）浜松市保健所長

※2 申請者 住所（所在地）
氏名（名称及び代表者氏名）

診療所開設許可申請書

診療所を開設したいので、医療法第7条第1項の規定により次のとおり申請します。

記

開設者 ※2	住所（所在地）					
	氏名（名称及び代表者氏名）					
診療所の名称						
開設の場所						
診療科目						
開設の目的		※3				
維持の方法		※4				
従業者の定員 ※5	医師	歯科医師	薬剤師	看護師	その他	計
	人	人	人	人	人	人
敷地の面積		※6 m ²				
建物の構造概要	※7		建築面積		m ²	
			階 延べ床面積		m ²	
	建物の用途	構造概要		建物の面積		
	※8			m ²		

診療所開設許可申請書記入上の注意

- ※1 申請日をご記入ください。
- ※2 開設者の **所在地・名称・理事長名** をご記入ください。開設者が申請者となります。
- ※3 **（記入例1）**
診療所を経営し、科学的でかつ適正な医療を普及すること。
（記入例2）
特別養護老人ホーム〇〇の入所者の健康状態の管理及び必要に応じた健康保持のための適切な措置をとること。
- ※4 **（記入例1）** 診療報酬による。
- ※5 その他：事務員、准看護師、歯科衛生士、その他資格者
- ※6 駐車場等を含めます。
○雑居ビル内の診療所の場合はビル全体の敷地面積を記入してください。
- ※7 自宅等と診療所が同じ建物内の場合には、自宅等を含む建築面積、延べ床面積をご記入ください。

※8 **（記入例1）自宅兼診療所の場合**

建物の用途	構造概要	建物の面積
診療所	鉄骨造 1階	〇〇〇 m ²
自宅	2階	〇〇〇 m ²

（記入例2）雑居ビル内の1店舗の場合

建物の用途	構造概要	建物の面積
診療所	鉄骨造5階建のうち3階の一部	〇〇〇 m ²

診察室及び処置室 ※9	診察室又は処置室名		室面積	診察室又は処置室名			室面積
			m ²				m ²
歯科治療室	室面積			治療用椅子			
	m ²			台			
歯科技工室 ※10	室面積	防塵設備	火器設備及び防 火設備		機械器具その他 の設備		
	m ²						
病床数 ※11	床						
病室の概要 ※11	室番 号	病床数	面積	内法面積	採光面積	開放面積	1床当 たりの面積
		床	m ²	m ²	m ²	m ²	m ²
	計						
手術室 ※12	室面積	床、壁及び天井の構造		照明		手術台	
	m ²					台	
調剤所 ※13	室面積	麻薬金庫の 有無	冷暗所の 有無	調剤に必要 な器具	投薬瓶の消毒 設備		
	m ²	有・無	有・無				
防火上必要な設備 の状況	※14						
消火用機械又は器 具の状況	※14						
その他の施設	検査室		消毒施設の構造及び消毒方法				
			※15				
	給食施設の概要		エックス線診療室の概要				
開設の予定年月日	※16						
	年 月 日						

- ※9 各診察室・処置室ごとにご記入ください。
記入欄が不足する場合は欄を適宜追加して下さい。
- ※10 歯科技工室がある場合のみ、ご記入ください。
防塵設備欄は「バキューム」等の有無を記入してください。
- ※11 病床がある場合のみ、ご記入ください。
事前に「事前協議、病床設置許可申請」が必要です。
採光面積は病室の床面積の1/7以上必要です。
- ※12 手術室がある場合のみ、ご記入ください。
- ※13 調剤所がある場合にのみ室面積を記入しますが、
麻薬金庫の有無・冷暗所の有無はご記入ください。
- ※14 消火器、スプリンクラー、火災報知器等 具体的に記入の上、
別添の診療所平面図に設置位置をご記入ください。
- ※15 オートクレーブ、紫外線殺菌器等 具体的に記入の上、
別添の平面図に設置位置をご記入ください。
- ※16 エックス線装置を設置する場合にのみ、ご記入ください。
鉛遮へい壁Omm 等 具体的に記入してください。
○エックス線装置の設置届は別途必要です。

【添付書類】

- 1 案内図
- 2 敷地周囲見取り図
- 3 建物の平面図
(各部屋の用途、冷暗所、麻薬金庫、毒薬保管庫、毒物劇物保管場所、消毒機器、消火器、感染性廃棄物保管場所、院内掲示の場所を示すこと)
- 4 定款、寄附行為又は条例
- 5 従事者名簿
- 6 土地・建物を賃貸で借りる場合は、賃貸借契約書の写し
- 7 手数料 18,600円

【申請後の流れ】

○有床診療所の場合 ※必ず事前に、保健所にご相談ください。

開設許可



使用許可申請・・・申請手数料 22,300円
(自主検査の場合 11,200円)



使用前検査・・・申請より10日以内実施します。



使用許可



開設後届

・・・開設後10日以内に提出してください。

○無床診療所の場合

開設許可



開設後届

・・・開設後10日以内に提出してください。

以下のことが生じましたら、それぞれの手続きをお願いします。

開設許可事項変更届

- ・減床 (増床の際はご相談ください)
- ・開設者の住所、氏名の変更 (法人の名称、所在地の変更は定款変更認可申請が必要です)
- ・診療科目の変更 (診療日時の変更は届出不要です)
- ・診療所 名称の変更 (診療所の名称、所在地の変更には、定款変更認可申請が必要です)

開設許可事項変更許可申請

- ・増築、改装、部屋の使用用途等 建物の構造設備の変更 (移転の場合には事前にご相談ください)

開設届出事項変更届

- ・管理者住所氏名
(従事医師の変更は届出不要です)
新たな管理者に変更した場合、履歴書、医師・歯科医師免許証及び臨床研修修了登録証の写しを添付してください。(原本を窓口で提示)
また、管理者は医療法人の理事である必要があります。

浜松市保健所 保健総務課 医事薬事 G
〒432-8550 浜松市中央区鴨江二丁目 11-2
TEL (053)453-6135

浜松市保健所 浜北支所 医薬予防 G
〒434-0038 浜松市浜名区貴布祢 3000
TEL (053)585-1172