

診療所開設届(記入例)

令和 年 月 日

神戸市保健所長 あて

〒650-8570

開設者住所 神戸市中央区加納町6丁目5番1号

開設者氏名 神戸 純

次の ※ 診療所の名称は、原則、開設者の姓または名 + (診療科目) + (クリニック又は診療所)
開設者の姓又は名を冠さない場合は、名称に関する理由書を添付してください。

1	診療所に 関する事項	ふりがな	かんべしんりょうじょ										
		名 称	神戸診療所										
		所 在 地	〒650-8570 神戸市中央区加納町6丁目5番1号 TEL (078) 322 - 6797										
		診療日・診療時間	診 療 時 間	日	月	火	水	木	金	土	備考		
		○診療日	午前 8:45~12:00	/	○	○	○	○	○	/			
		/休診日	午後 13:00~17:30	/	○	○	○	○	○	/			
診療科目	内科												
病室の有無	有(床) <input checked="" type="checkbox"/> 無												
2	管理者に 関する事項	ふりがな	かんべ じゅん										
		氏 名	神戸 純										
		住 所	〒650-8570 神戸市中央区加納町6丁目5番1号										
		同時に2つの診療所または病院を管理する場合	イ	<input checked="" type="checkbox"/> 該当あり									
3	従業者の 定員	医師	歯科 医師	薬剤 師	看護 師	准 看護 師	歯科 衛生 士						所在地
		2			4								
		※ 医師が常時3名以上勤務する診療所において、専属薬剤師を置かない場合、別途「診療所専属薬剤師免除許可申請書」が必要です。(シフト制等により3人以上にならない場合を除く)											
4	開設年月日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日											

※ 届出は、開設後10日以内に提出してください。

5	診療に従事する医師・歯科医師 ※管理者も含めて記入	氏名	担当診療科目	勤務日時	備考
		神戸 純	内科	月火水木金：8：45～17：30	
		六甲 翼	内科	火金：13：00～17：30	
<p>※ 常勤・非常勤問わず記載してください。</p> <p>※ 管理者は常勤である必要があります。</p> <p>【常勤の定義】</p> <p>① 1週間の診療時間が32時間以上：32時間</p> <p>② 1週間の診療時間が32時間未満：診療時間すべて</p>					
6	薬剤師		----		

7	開設者に関する事項	ふりがな	かんべ じゅん		
		開設者氏名	神戸 純		
		開設者住所	〒650-8570 神戸市中央区加納町6-5-1 TEL (078) 322 - 6797		
		開設の目的 維持の方法	地域医療に貢献するため 保険診療報酬による		
		現に開設・管理・勤務している病院または診療所	名称 所在地		
<p>※「開設の目的」、「維持の方法」はそれぞれ記載してください。</p> <p>※「維持の方法」は保険診療や自由診療について記載してください。</p>					

面積欄の数値をフロアごと集計し、各フロアの合計値を記載してください。

8	建物の構造 設備の概要	主要建物の構造 SRC造 24階建 (内診療所部分 20階)				
	※診療所の 設備について 全て記載 してください	20階 99.8 m ² 、 -階 - m ² 、 -階 - m ² 合計 99.8 m ²				
		用途	面積(m ²)	構造概要	設備・器具 他	
		受付・待合室	32.6	床:長尺シート、壁:ビニールクロス 天井:化粧石膏ボード、照明:蛍光灯40W	椅子	
		診察室 1	10.0	"	診察用ベッド、 机、椅子、手洗	
		診察室 2	10.0	"	診察用ベッド、 机、椅子、手洗	
		X線室	6.0	床:Pタイル貼、壁:ビニールクロス 天井:化粧石膏ボード、照明:蛍光灯60W	エックス線装置	
		操作室	2.0	"	操作盤、パソ コン	
		検査室	6.0	"	心電図、ベッド	
		トイレ	4.0	床:長尺シート、壁:ビニールクロス 天井:化粧石膏ボード、照明:蛍光灯40W		
		従業員更衣室	6.0	床:長尺シート、壁:ビニールクロス 天井:化粧石膏ボード、照明:蛍光灯40W		
		スタッフルーム	16.0	床:フローリング、壁:ビニールクロス 天井:化粧石膏ボード、照明:蛍光灯40W		
		その他 (廊下等)	7.2	床:長尺シート、壁:ビニールクロス 天井:化粧石膏ボード、照明:蛍光灯40W		
	設備構造上 の	<ul style="list-style-type: none"> ・X線装置ありの場合は、「診療用エックス線装置備付届」も併せて届出してください。 ・開設届出(本届出)には、以下の書類を添付してください。 <ul style="list-style-type: none"> ① エックス線室詳細図(立面、平面) <ul style="list-style-type: none"> ※装置の位置、操作盤、使用中の表示、管理区域標識、患者及び従業者注意書の掲示位置を記載 ※隣室名、上下階についても記載 ② 遮蔽計算書 				
	X線装置の概 要※	用途	メーカー	型式	定格出力	備考
		一般撮影	(株)〇〇	K12345-789型	〇〇kV	
	□エックス線 装置なし					

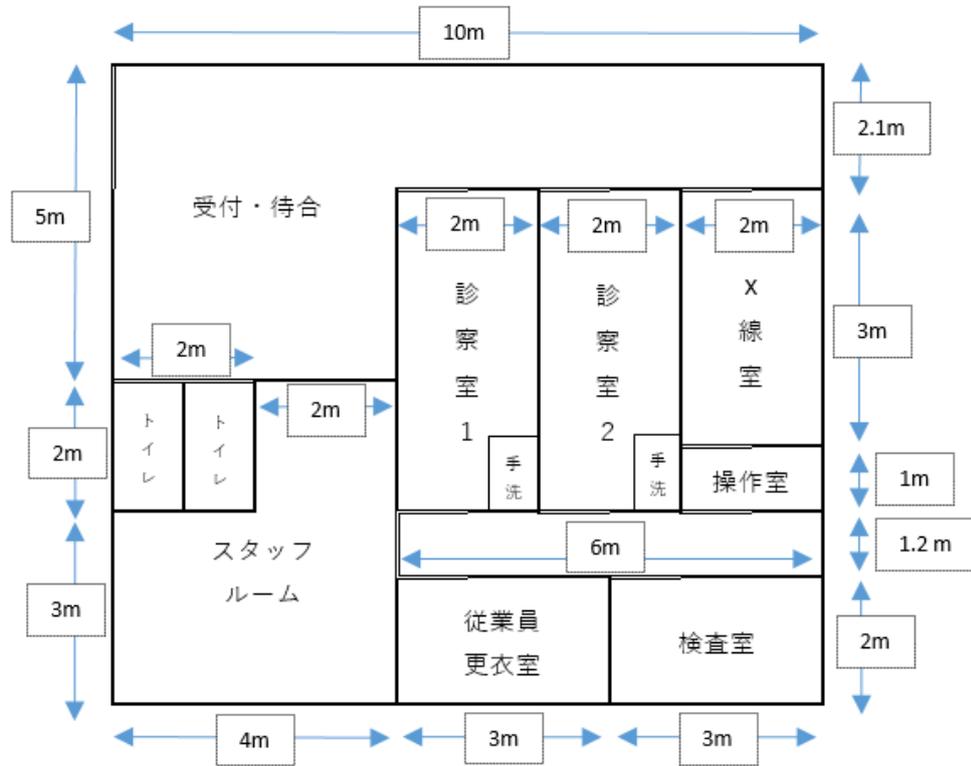
※エックス線装置のある場合は「診療用エックス線装置備付届」を同時に提出のこと。 9-1-3/6

8 建物の構造の概要（病室等）	階	室番号	床面積 m ²	採光面積 m ²	開放面積 m ²	病床数	1床あたりの床面積m ²	備考 (病床種別)
階	階段				廊下			
	幅	蹴上（高さ）	踏面（奥行き）	手すり	幅	手すり		
	m	cm	cm	有・無	m	有・無		
	m	cm	cm	有・無	m	有・無		
	m	cm	cm	有・無	m	有・無		
※面積及び廊下、階段については実測値を記入のこと。床面積は固定した棚などは含めず、内法で記載すること。面積は小数点第2位まで記載すること（第3位切り捨て）。								
9	敷地面積	99.8 m ²						
	敷地平面図（別紙添付可） ① 一戸建ての場合は、敷地内での診療所の配置が分かる敷地平面図 ② テナントビルに入居の場合は、入居フロア全体の平面図（敷地面積については、診療所の面積）							
20階 平面図								

- 10 敷地周囲の見取図（別紙添付可）
 診療所周辺の建物等がわかる平面図（住宅地図等）



- 11 建物の平面図（別紙添付可）
 診療所の室名及び設備等が確認できる平面図（寸法を記入）
 診療の用に供する階全ての平面図



履 歴 書

本 籍	兵庫県		
現住所	〒650-8570 神戸市中央区加納町 6 - 5 - 1		
氏 名 (ふりがな)	神戸 純 (かんべ じゅん)		
生年月日	昭和〇〇年〇月〇日生		
履 歴 事 項 (学 歴 ・ 職 歴)	〇〇年〇〇月〇〇日	〇〇医科大学	入学
	〇〇年〇〇月〇〇日	〇〇医科大学	卒業
	〇〇年〇〇月〇〇日	◇◇病院	勤務
	〇〇年〇〇月〇〇日	◇◇病院	退職
	〇〇年〇〇月〇〇日	▽▽病院	勤務
	〇〇年〇〇月〇〇日	▽▽病院	退職
	〇〇年〇〇月〇〇日	神戸診療所 開設 管理者就任	
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
賞 罰	なし		
免許登録種別 (○を付する)	<input checked="" type="checkbox"/> 医籍登録	<input type="checkbox"/> 歯科医籍登録	<input type="checkbox"/> 薬剤師登録
免許登録年月日・番号	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 第 * * * * * 号		
上記のとおり相違ありません。			
令和〇〇年〇〇月〇〇日			
氏名 神戸 純			

履歴は大学から、記入してください。

他の病院、診療所等に勤務している場合は、履歴中に必ずその旨記入してください。
退職した場合も「退職」と記入してください。

※履歴は大学から記入のこと。

※管理者となる医師については平成16年4月1日以降、
歯科医師については平成18年4月1日以降の免許登録の
場合、臨床研修修了登録証写を添付のこと。