第3号様式(第3条関係)

(表)

|  |
| --- |
| 年　　月　　日東京都多摩立川保健所長　殿 |
| 開設者 | 住所氏名　　　　　　　　　　印 |
| 電話番号　　(　　)　　　　　 |
| 　 | ファクシミリ番号 | 　　(　　) |
| 　 | 法人にあつては、名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名 |
| 歯科診療所開設許可申請書　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、下記のとおり申請します。記 |
| 1　名称 | 　 |
| 2　開設の場所 | 電話番号　　　(　　)　　　　ファクシミリ番号　　　(　　)　　 |
| 3　診療科目 | 　 |
| 4　開設の目的 | 　 |
| 5　維持の方法 | 　 |
| 6　開設予定年月 | 　　　　　年　　　月　　　　 | 上中下 | 　　　　旬 |
| 7　従業者定員 |
| 歯科医師 | 歯科衛生士 | 歯科技工士 | 事務員 | 　 | 　 | 計 |
| 名 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 名 |
| 8　敷地の面積　　　　　　　　　　　　　m2(平面図は、別添のとおり) |
| 9　交通機関及び敷地周囲の見取図 |
| 交通機関 | 　　　　　線　　　　　駅下車　　　　　口徒歩　　　分 |
| 　　　駅　　口からバス(　　行)　　　下車徒歩　　　分 |
| 敷地の条件 | 用途地域 | 　 | 防火地域 | 　 |
| 見取図 | 別添のとおり |

(日本産業規格A列4番)

(裏)

|  |
| --- |
| 10　建物の構造概要及び平面図 |
| 建物別名称 | 構造概要 | 建築面積 | 延面積 |
| 　 | 造　　　　階建て | m2 | m2 |
| 住宅と併設の場合又はビルディングの一部を使用する場合 |
| 住宅と併設の場合 | 造　階建てのうち　階　　m2使用 |
| ビルディングの一部を使用する場合 | 造　階建てのうち　階　号室　　m2 |
| 平面図 | 別添のとおり |
| 11　歯科治療室 |
| 室面積 | 治療いす | 給水火気設備 | 防火設備 | その他必要な設備 |
| m2 | 台 | 　 | 　 | 　 |
| 12　歯科技工室 |
| 室面積 | 防じん設備 | 給水火気設備 | 防火設備 | その他必要な設備 |
| m2 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 13　エックス線装置及び診療室 |
| クス線装置予定のエッ開設時設置 | 固定、携帯の別 | 用途 | 製作者名及び型式 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 診療室エックス線 | 室面積 | 室内の構造概要 | 操作室の面積 | 暗室 |
| 面積 | 設備 |
| m2 | 　 | m2 | m2 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 14　その他の施設 |
| 待合室 | 階　　　　　m2 | 消毒施設 | m2 |
| 事務室 | m2 | 　 | 　 |
| 15　建築確認　　　　　　　　　　年　　月　　日　　第　　　号 |
| 16　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)　土地及び建物の登記事項証明書(土地又は建物を貸借する場合は、賃貸借契約書の写しも添付すること。)(3)　敷地の平面図(4)　敷地周囲の見取図(5)　建物の平面図(縮尺100分の1以上のもの)(6)　エックス線診療室放射線防護図(平面図及び立面図。縮尺50分の1又は25分の1のものとし、壁及び鉛の厚さを記入すること。)(7)　案内図 |