

年 月 日

（あて先）板橋区保健所長

住 所

開設者

氏 名

電 話 番 号 ( )

ファクシミリ番号 ( )

【担当者名： 担当者連絡先： 】

歯 科 診 療 所 開 設 届

歯科診療所を開設したので、医療法第8条の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

1	名 称			
2	所 在 地	板橋区	電 話 番 号 ( )	ファクシミリ番号 ( )
3	診 療 科 目			
4	開 設 者			
	現に病院又は診療所を開設し、管理し、又は勤務している場合	名 称 所在地		
	本施設と同時に病院又は診療所を開設しようとする場合	名 称 所在地		
5	開 設 年 月 日	年 月 日		
6	管 理 者			
	現 住 所			
	氏 名			
	免 許 証 番 号 及 び 登 録 年 月 日	第 年 月 日 号	保健所担当者確認欄 (注を参照すること。)	
7	診 療 日 時			

(裏)

8 診療に従事する歯科医師（医師）の氏名、担当診療科名及び診療日時						
氏名	担当診療科名	診療日時	免許証番号及び登録年月日	保健所担当者確認欄		
9 医療従事者（歯科衛生士、歯科技工士等）						
職種	氏名	免許証番号	登録年月日	保健所担当者確認欄		
10 従業者定員						
歯科医師	歯科衛生士	歯科技工士	事務員			計
						名
11 敷地の面積 $m^2$ （平面図は、別添のとおり）						
12 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					

(第2片)

13 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	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	
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			m <sup>2</sup> 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			m <sup>2</sup>
平面図	別添のとおり			
14 歯科治療室				
室面積	治療いす	防火設備	その他必要な設備	
m <sup>2</sup>	台			
15 歯科技工室				
室面積	防じん設備	防火設備	その他必要な設備	
m <sup>2</sup>				
16 エックス線装置及び診療室				
エックス線装置 開設時設置予定の	固定、携帯の別	用途	製作者名及び型式	
エックス線診療室	室面積	室内の構造概要	操作室の面積	暗室
	m <sup>2</sup>		m <sup>2</sup>	面積 設備
				m <sup>2</sup>
17 その他の施設				
待合室	階	m <sup>2</sup>		
事務室		m <sup>2</sup>		
消毒施設		m <sup>2</sup>		
18 建築確認 年 月 日 第 号				
19 添付書類				
<p>(1) 開設者の歯科医師又は医師の免許証の写し及び職歴書</p> <p>(2) 管理者の歯科医師又は医師の免許証の写し及び職歴書（管理者が開設者でない場合に限る。）</p> <p>(3) 診療に従事する歯科医師又は医師の免許証の写し</p> <p>(4) 土地及び建物の登記簿謄本（土地又は建物を賃借する場合は、賃貸借契約書の写しも添付すること。）</p> <p>(5) 敷地の平面図</p> <p>(6) 敷地周囲の見取図</p> <p>(7) 建物の平面図（縮尺100分の1以上のもの）</p> <p>(8) 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。）</p> <p>(9) 案内図</p> <p>(注) 保健所窓口にて歯科医師の本人確認（運転免許証等にて）と歯科医師免許証の本証確認を行います。管理者及び従事する歯科医師が直接窓口に来られない場合はご相談ください。</p>				