

年 月 日

青森市保健所長 様

（法人であるときは、主たる事務所の所在地）

〒

住 所

開設者

（法人であるときは、名称及び代表者氏名）

氏 名

診療所・助産所休止（廃止、再開）届

- 診療所・助産所を休止したので、医療法第8条の2第2項の規定に基づき、下記のとおり届け出ます。
- 診療所・助産所を再開したので、医療法第8条の2第2項の規定に基づき、下記のとおり届け出ます。
- 診療所・助産所を廃止したので、医療法第9条第1項の規定に基づき、下記のとおり届け出ます。

記

診療所の 名称等	名称	(フリガナ)	
	所在地	〒	
		(電 話)	(F A X)
	開設許可(届出)年月日及び 指令(届出済)番号		
休止(廃止、再開)の 理由			
廃止、再開年月日		年 月 日	
休止の予定期間		年 月 日 ~ 年 月 日	
休止期間中の施設の 管理方法			
連絡先等	名 称		
	所 在 地	〒	
		(電 話)	(F A X)
	担当者職 氏名	(フリガナ)	

年 月 日

青森市保健所長 様

住 所  
届出義務者 氏 名  
死亡者（失そう者）との続柄

診療所・助産所開設者死亡（失そう）届

診療所・助産所の開設者が死亡した（失そうの宣告を受けた）ので、医療法第9条第2項の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

診療所等の 名称等	名 称	(フリガナ)
	所 在 地	〒 (電 話) (F A X)
	開設届出年月日及び届出済番号	
開 設 者	住 所	〒 (電 話)
	氏 名	(フリガナ)
死亡（失そう宣告）年月日		年 月 日
届出後の施設の取扱い 予定		
届出義務 者の連絡 先等	名 称	
	所 在 地	〒 (電 話) (F A X)

年 月 日

青森市保健所長 様

〒

住 所

開設者

(電 話)

氏 名

診療所・助産所開設者自身の管理免除許可申請書

開設者以外の者を診療所・助産所の管理者とする許可を受けたいので、医療法第12条第1項ただし書の規定により、下記のとおり申請します。

記

診療所等の 名称等	名 称	(フリガナ)	
	所 在 地	〒	
		(電 話)	(FAX)
	開設年月日及び 届出済番号		
開設者自身が管理することができない理由			
管理の免除を受けようとする期間		年 月 日 ~ 年 月 日	
管理者に しようとする者	氏 名	(フリガナ)	
	住 所	〒	
	生 年 月 日		
	医籍（歯科医籍、 助産師籍）登録	番 号	
		年月日	
連絡先等	名 称		
	所 在 地	〒	
		(電 話)	(FAX)
	担当者職氏名		

管理者にしようとしている医師の就任承諾書（別紙）を添付してください。

別紙

年 月 日

住所

氏名 (※)

(※) 本人が手書きしない場合は記名押印をしてください。

## 就任承諾書

私は下記の通り就任することを承諾します。

記

- 1 就任年月日
- 2 就任する職名
- 3 施設名
- 4 法人名
- 5 所在地



新たに管理する診療所・助産所	名称	(フリガナ)																			
	所在地	〒 (電話) (FAX)																			
	開設者氏名	(フリガナ)																			
	診療科目																				
	診療(業務)日時																				
	病床数	病床数計	病床の種別ごとの内訳																		
			一	般	療	養	精	神	感	染	症	結	核								合
	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	計		
従業員の定員(人)	医師	歯科医師	薬剤師	看護師	准看護師	助産師	看護補助者	管理(栄養士)	診療放射線技師	診療エックス線技師	臨床(衛生)検査技師	臨床工学技士	理学療法士	作業療法士	歯科衛生士	技工士	事務職員	その他職員			
管理兼任期間	年 月 日 ~ 年 月 日																				
管理兼任する理由																					
管理兼任する診療所・助産所相互間の距離及び所要時間等	距離																				
	移動に要する時間																				
	移動手段	電車、自動車、バス、自転車、徒歩、その他( )																			
連絡先等	名称																				
	所在地	〒 (電話) (FAX)																			
	担当者職 氏名	(フリガナ)																			

\* 申請は新たに管理する施設の開設者がおこなってください。

年 月 日

青森市保健所長 様

（法人であるときは、主たる事務所の所在地）

〒

住 所

開設者

（電 話）

（法人であるときは、名称及び代表者氏名）

氏 名

専属薬剤師設置免除許可申請書

専属の薬剤師を置かないことの許可を受けたいので、医療法第18条ただし書の規定により、下記のとおり申請します。

記

診療所の 名称等	名 称	(フリガナ)			
	所 在 地	〒			
	診 療 科 目	(電 話) (F A X)			
過去1年間の 1日平均患者数	入院患者数		人	外来患者数	人
過去1年間の 1日平均外来処方せん数					
専属薬剤師を置かない理由					
連絡先等	名 称				
	所 在 地	〒			
	担当者職 氏名	(フリガナ)			
		(電 話) (F A X)			

年 月 日

青森市保健所長 様

（法人であるときは、主たる事務所の所在地）

〒

住 所

開設者

（電 話）

（法人であるときは、名称及び代表者氏名）

氏 名

診療所・助産所検査申請書

診療所・助産所の使用をする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

診療所の 名称等	名 称	(フリガナ)		
	所 在 地	〒  (電 話) (FAX)		
本申請に係る許可の種別				
本申請に係る許可 年月日及び番号		年 月 日付け	第	号
使用開始予定年月日		年	月	日
構 造 設 備 概 要				
階 段	直通階段	ヶ所	患者用 エレベーター	有 (ヶ所) ・ 無
	階段幅	最小値	m	踊場幅 最小値 m
	踏み面幅	最小値	m	けあげ高 最小値 m
	手すり	有 ・ 無		
	避難階段	ヶ所 (避難階段としての構造を持つ直通階段 ヶ所)		
廊 下 幅	療養病床の病室に隣接する廊下幅(最小値)		その他の病室に隣接する廊下幅(最小値)	
	片側居室	m	片側居室	m
	両側居室	m	両側居室	m



病室助産所の場合入所室	病室名 (入所室名)	病床数	有効内法 床面積	1床(1母子)あ たりの有効床 面積	採光面積 (診療所のみ)	外気解放面積 (診療所のみ)	病床種別	
		床	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	一般・療養
		床	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	一般・療養
		床	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	一般・療養
		床	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	一般・療養
		床	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	一般・療養
		床	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	一般・療養
		床	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	一般・療養
諸 施 設 構 造 設 備 概 要								
給 食 施 設	患者用食堂	有 (面積 m <sup>2</sup> ) ・ 無						
	入院患者全員に給食可能な能力	有 ・ 無 (業務委託業者名 )						
	調理室床の構造等	耐水材料の概要：コンクリート・タイル・その他 ( )						
	採光換気設備	有 (概要 ) ・ 無						
	食器洗浄消毒設備	有 (消毒方法 ) ・ 無						
	防火設備	有 (概要 ) ・ 無						
療 養 病 室	機能訓練室	m <sup>2</sup>	器械・器具					
	談話室	有 ( m <sup>2</sup> ) ・ 無 (食堂との兼用 有 ・ 無)						
	食堂	有 ( m <sup>2</sup> ) ・ 無						
	身体不自由者が入浴可能な浴室	有 ( m <sup>2</sup> ) ・ 無 概要：						
連 絡 先 等	名 称							
	所 在 地	〒  (電話) (FAX)						
	担当者職 氏名	(フリガナ)						