

(第1片)

(裏)

9 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	歯科医籍（医籍）の登録事項		確認欄	
			臨床研修等修了 登録年月日	免許番号及び 登録年月日		
			年 月 日	第 年 月 号日		
			年 月 日	第 年 月 号日		
			年 月 日	第 年 月 号日		
			年 月 日	第 年 月 号日		
			年 月 日	第 年 月 号日		
			年 月 日	第 年 月 号日		
10 医療従事者（歯科衛生士、歯科技工士等）						
職種	氏名	免許証登録年月日		登録番号	確認欄	
		年 月 日		第 号		
		年 月 日		第 号		
		年 月 日		第 号		
		年 月 日		第 号		
11 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	名	名		名	
12 敷地の面積		m ² （平面図は、別添のとおり）				
13 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
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)

(表)

14 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 ²	m ²
	造 階建て		m ²	m ²
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 ² 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 ² 使用
平面図	別添のとおり			
15 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
m ²	台			
16 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
m ²	台			
17 エックス線装置及び診療室				
開設時設置予定のエックス線装置				
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	
			面積	設備
m ²		m ²	m ²	
m ²		m ²	m ²	

(日本産業規格A列4番)

(第2片)

(裏)

18 その他の施設				
事務室	階	m ²	待合室	m ²
消毒施設		m ²		m ²
		m ²		m ²
19 建築確認	年 月 日 第 号			
20 添付書類				
1) 開設者の歯科医師又は医師の臨床研修等修了登録証の写し及び免許証の写し並びに職歴書				
2) 管理者の歯科医師又は医師の臨床研修等修了登録証の写し及び免許証の写し並びに職歴書（管理者が開設者でない場合に限る。）				
3) 診療に従事する歯科医師又は医師の臨床研修等修了登録証の写し及び免許証の写し				
4) 業務に従事する助産師の免許証の写し				
5) 土地及び建物の登記事項証明書（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。）				
6) 敷地の平面図				
7) 敷地周囲の見取図				
8) 建物の平面図（縮尺100分の1以上のもの）				
9) エックス線診療室等の放射線防護図（縮尺50分の1以上の平面図及び側面図。壁及び鉛の厚さを記入すること。）				
10) 案内図				
(注)				
1) 臨床研修等修了登録証の写し及び免許証の写しの添付は、本証の提示確認に代えることができる。提示確認の場合は、該当欄に保健所担当者の確認印を受けること。				
2) 平成16年3月31日以前の医籍登録年月日については、臨床研修修了登録年月日の記載及び臨床研修修了登録証の添付は必要としない。				
3) 平成18年3月31日以前の歯科医籍登録年月日については、臨床研修修了登録年月日の記載及び臨床研修修了登録証の添付は必要としない。				
4) 上記の添付書類のほか、内容確認のため、追加書類を求める場合がある。				