

病 院
診 療 所 使 用 許 可 申 請 書
助 産 所

年 月 日

いわき市長 様

住所（所在地）

申請者 氏名（名称及び代表者氏名）

㊟

電話番号

注意 □のある欄は、該当する箇所に  印を付けてください。

区 分		□ 病 院 □ 診療所 □ 助産所					
施設	名 称						
	所 在 地	電話番号					
管理者	住 所	電話番号					
	氏 名						
従 業 者 定 員	医師	人	歯科医師	人	薬剤師	人	
	看護師	人	准看護師	人	助産師	人	
	栄養士	人	診療放射線技師	人	診療エックス線技師	人	
	臨床検査技師	人	衛生検査技師	人	理学療法士	人	
	作業療法士	人	歯科技工士	人	歯科衛生士	人	
	臨床工学技士	人	視能訓練士	人	言語聴覚士	人	
	精神保健福祉士	人	看護補助者	人	調理員	人	
	事務員	人	その他	人	合 計	人	
開設許可又は変更許可	年 月 日	年 月 日					
	番 号	第 号					
使用開始予定年月日		年 月 日					

備考 各室の用途を明示した建物の平面図を添付してください。