



診療に従事する医師及び歯科医師の氏名等	住 所	氏 名	診療科目	診 療 日	診療時間	雇入年月日
					時から 時まで	
					時から 時まで	
助産所にあつては、嘱託医師の氏名等	住 所	氏 名	診 療 科 名			
助産所にあつては、助産師の氏名等	住 所	氏 名	勤 務 日	勤 務 時 間		
				時から 時まで		
				時から 時まで		
薬剤師、診療エックス線技師、診療放射線技師、衛生検査技師、栄養士、看護師及び准看護師の氏名等	住 所	氏 名	職名、職種	免許登録年月日	登録地、番号	

注 次の書類及び図面を添付すること。

- (1) 医師及び歯科医師の履歴書、免許証及び臨床研修修了登録証の写し
- (2) 助産所の嘱託医師にあつては、承諾書
- (3) 敷地の平面図
- (4) 建物の構造概要及び平面図