

[ここに入力]

様式第1号（第2条関係）



## 診療施設開設届

令和〇〇年〇〇月〇〇日

福岡県知事 殿

- ・ビル名、階まで記入して下さい
- ・法人の場合、定款に記載された住所を正確に記入して下さい

〒812-0051

住所 福岡市東区箱崎ふ頭四丁目1番2号  
開設者 博多ビル2階  
氏名 福岡 太郎  
(開設者が法人である場合にあっては当該法人の名称及び主たる事務所の所在地)



下記のとおり診療施設を開設したので、獣医療法第3条の規定により届け出ます。

## 記

1 開設者の獣医師の免許の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
2 診療施設の名称	いぬねこペットクリニック 東区医院
3 開設場所	〒812-0051 福岡市東区箱崎ふ頭三丁目1番1号
4 開設年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日
5 診療施設の構造設備の概要	
(1) 診療所の有無及び面積	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 250 m <sup>2</sup>
(2) 薬 室の有無及び面積	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 6.2 m <sup>2</sup>
(3) 調剤室の有無及び面積	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無 m <sup>2</sup>
(4) 飼育動物収容施設の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
(5) エックス線装置の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
(6) 診療用機械器具の主なもの	自動血球計算装置、生化学自動分析装置、心電図モニター、超音波診断装置、高圧滅菌器、紫外線滅菌装置 ほか
6 管理者の氏名及び住所（開設者が獣医師であって診療施設を管理しているときはその旨）	氏名 福岡 太郎 ( <input checked="" type="radio"/> 開設者 <input type="radio"/> 否 )
	住所 〒812-0051 福岡市東区箱崎ふ頭四丁目1番2号博多ビル2階
7 診療の業務の種類	産業動物 <input checked="" type="radio"/> 小動物 <input type="radio"/> その他

[ここに入力]



8 診療の業務を行う獣医師の氏名及び生年月日並びに獣医師名簿登録の年月日及び番号	氏名：福岡 太郎 生年月日：昭和44年 4月 4日 獣医師名簿登録：平成 7年 4月 1日 番号：12345
	氏名：福岡 花子 生年月日：昭和45年 3月 3日 獣医師名簿登録：平成 8年 4月 1日 番号：14567
	氏名： 生年月日： 年 月 日 獣医師名簿登録： 年 月 日 番号：
	氏名： 生年月日： 年 月 日 獣医師名簿登録： 年 月 日 番号：
	氏名： 生年月日： 年 月 日 獣医師名簿登録： 年 月 日 番号：
	氏名： 生年月日： 年 月 日 獣医師名簿登録： 年 月 日 番号：
	氏名： 生年月日： 年 月 日 獣医師名簿登録： 年 月 日 番号：
	氏名： 生年月日： 年 月 日 獣医師名簿登録： 年 月 日 番号：
	氏名： 生年月日： 年 月 日 獣医師名簿登録： 年 月 日 番号：
	氏名： 生年月日： 年 月 日 獣医師名簿登録： 年 月 日 番号：

備考 添付書類  
1 施設の平面図  
2 施設付近の見取図  
3 開設者が法人の場合にあっては定款又は寄付行為  
4 エックス線装置を備えた診療施設にあっては様式1号の2を併せて提出すること。  
【参考事項】 診療施設 TEL：092-633-2920  
FAX：092-633-2851  
営業日時：午前9:30～12:00 午後1:00～7:00  
休診日 日祭日、木曜午後  
管理者 TEL：092-633-0001  
FAX：092-633-0002  
開設者 TEL：092-633-1111  
FAX：092-633-0001