診療施設開設届

　　　　年　　月　　日

　　　西北地域県民局長　殿

開設者 住　　所

氏　　名

（法人にあっては、主たる事務所の所在地及びその名称）

　　　　　　　　　　　　　　　　 獣医師免許の登録　( 有・無 )

電話番号

ﾌｧｸｼﾐﾘ番号

飼育動物の診療施設を開設したので、獣医療法第３条の規定により、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 診療施設 | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | |  | | | | | | | | | ﾌｧｸｼﾐﾘ  番号 | | |  | | | |
| 開設年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管理者 | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 獣医師登録番号 | | | 第　　　　　号 | | | | | | | | | | | | | | |
| 獣医師登録年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 行う獣医師  診療業務を | | |  | | | | | | 獣医師登録番号 | | | | | | | | | | 獣医師登録年月日 | |
|  | | | | | | 第　　　　　号 | | | | | | | | | | 年　　月　　日 | |
|  | | | | | | 第　　　　　号 | | | | | | | | | | 年　　月　　日 | |
|  | | | | | | 第　　　　　号 | | | | | | | | | | 年　　月　　日 | |
| 診療の業務の種類（○で囲む） | | | | | | | | | 産業動物　・　小動物　・　その他 | | | | | | | | | | | |
| 法人の定款又は寄付行為 | | | | | | | | | 定款 | | | | 有・無 | | | 寄付行為 | | | | 有・無 |
| 診療施設までの案内図 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診療施設の構造設備の概要及び平面図 | 建物の構造 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 診療施設の面積 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 診療施設の平面図（主な設備、備品を記入） | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 逸走防止設備 | | | | | | 有・無　おり、ゲージ、くい、保定枠等、動物が自力で  　　　　解放できない構造の扉、窓 | | | | | | | | | | | | | |
| 伝染病等感染防止設備 | | | | | | 有・無　隔離して収容する設備  　　　　おり、ケージの間に間仕切り板を設置したもの | | | | | | | | | | | | | |
| 消毒設備 | | | | | | 有・無　煮沸消毒器、滅菌手洗い器、オートクレーブ、  　　　　噴霧器、散霧器 | | | | | | | | | | | | | |
| 調剤を  行う  施設 | | 採光、照明及び換気 | | | | | | | | 有・無　窓、換気扇 | | | | | | | | | |
| 冷暗貯蔵施設 | | | | | | | | 有・無　冷蔵庫その他の冷暗貯蔵ができる設備 | | | | | | | | | |
| 調剤器具 | | | | | | | | 有・無　調剤台、はかり、薬匙等 | | | | | | | | | |
| 手術  施設 | | 耐水性の構造の  内壁及び床 | | | | | | | | 有・無　内壁（床面からおおむね1.2mまでの高さ）  　　　　及び床がコンクリート、モルタル、タイル  　　　　等の耐水性材料で覆われていること。 | | | | | | | | | |
| 診療 | 診療日及び診療時間 | | | | | 診療日： | | | | | | | | | | | 診療時間： | | | |
| 診療費規定の有無 | | | | | 有　・　無 | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻薬及び向精神薬使用の有無  及び保管の状況 | | | | | | | | | | 有（品名　　　　　　　　　）　・　無  　　保管の状況 | | | | | | | | | | |
| その他 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| エックス線装置 | | | | | | | | | | 有　・　無 | | | | | | | | | | |
| 診療用高エネルギー放射線発生装置 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 診療用放射線照射装置 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 診療用放射線器具 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 放射性同位元素装備診療機器 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射性同位元素 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |