

診療施設開設届

年 月 日

高知県知事 濱田省司 様

開設者 住所  
氏名

獣医師免許の登録 (有・無)  
電話番号  
ファクシミリ番号

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	ふりがな 名 称			
	郵便番号			
	ふりがな 開設場所			
	電話番号	ファクシミリ番号		
開設年月日 年 月 日				
管 理 者	ふりがな 氏 名			
	郵便番号			
	ふりがな 住 所			
	獣医師登録番号	第 号		
獣医師登録年月日		年 月 日		
診療の 業務を 行う獣 医師	ふり 氏	がな 名	獣医師登録番号	獣医師登録年月日
			号	年 月 日
			号	年 月 日
		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 ( )		
法人の定款又は寄附行為		定 款	有・無	寄附行為 有・無

注意事項

- この届出は、診療施設開設後10日以内に行ってください。
- 開設者の住所及び氏名の欄には、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を記入してください。
- 診療の業務を行う獣医師の欄には、診療に携わるすべての獣医師(代診を含む。)を記入してください。なお、記入できない場合は、紙を補足して記入してください。

最寄りの駅から診療施設までの案内図（交通機関		駅下車徒歩		分)	
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）		別紙のとおり		
	逸走防止設備	有・無	おり、ケージ、くい、保定枠等、動物が自力で開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 保管の状況 ）・無			
そ の 他					
エックス線装置の有無		有・無			

注意事項

- 1 平面図は、診療室、手術室、調剤室、エックス線診療室、待合室、入院室（ケージ等を含む。）、薬品保管庫等の位置関係及び広さが確認できるものにしてください。
- 2 診療費規定がある場合は、写しを添付してください。
- 3 麻薬及び向精神薬を使用している場合は、その品名と保管状況とを記入してください。
- 4 往診診療専門の場合は、その他の欄に、その旨を記入してください。
- 5 エックス線装置がある場合は、第2号様式を添付してください。
- 6 該当する箇所を○で囲んでください。