

(様式 3-1)診療所用

入 会 予 定 日	令和 年 月 日		
ふ り が な 医 療 機 関 名	※公的医療機関と混同するような名称は不可		
医療機関所在地	〒		
病 医 院 の 形 態	☐ 無床診療所 ☐ 有床診療所(ベッド数 床)		
主 た る 科 目			
担 当 す る 科 目			
土 地	坪(☐ 自己または親族の土地 ☐ 借地 ☐ 購入地)		
建 物	坪(☐ 自家 ☐ 賃貸 ☐ 住居部分あり ☐ 通勤)		
従 業 員	名(看護師 名、従業員 名、その他 名)		
開 設 資 金	約 万円	見込み患者数	人/日
近 隣 医 療 機 関	(約 km) 承諾 ☐ あり ☐ なし		
	(約 km) 承諾 ☐ あり ☐ なし		
開 設 理 由			

開設場所

