様式第１号（第２条関係）

　（その１）

　　（診療所の場合）　　　　　　　　　　 　　　（表）

開設許可申請書

年　　月　　日

（宛先）下関市立下関保健所長

〒

住所

申請者

氏　名

電話　　　(　　　)

　下記のとおり診療所の開設の許可を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設の名称・開設場所 | | | | | | | | | | | | | | | 診療科目 | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称： | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 〒  電話：　　　　　　　　　Fax： | | | | | | | | | | | | | | |
| 開設予定年月日 | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |
| 開設の目的及び維持の方法 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 従業者の定員 | | | 医師 | | 歯科医師 | 薬剤師 | 助産師 | 看護師 | 准看護師 | 看護補助者 | 歯科衛生士 | 歯科技工士 | 歯科助手 | 診療放射線技師 | | 診療エックス線技師 | 臨床検査技師 | | 衛生検査技師 | 理学療法士 | 作業療法士 | | 栄養士 | 給食従事者 | 事務職員 |  |  |  | 計 |
|  | 常勤(人) | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 非常勤(人) | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 現に開設し、管理し、若しくは勤務する他の病院又は診療所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 同時に開設する他の病院又は診療所 | | | | | | | | | | | |
| 区分 | | 開設者　　・　　管理者　　・　　勤務者 | | | | | | | | | | | | | | | | 名称 | | | |  | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | 所在地 | | | | 〒 | | | | | | | |
| 所在地 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | |

(裏)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 建物の構造概要 | | | | | | | | | | | | | 診療室又は歯科治療室 | | | | | | | | | | |
| 建物名称 | |  | | | | | | | | | | | 室名 | | | | | | | 室面積 | | | ユニット |
| 構造 | | 造　　　　　階建 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | m2 | | | 台 |
| 敷地面積 | | m2 | | | | 内　　　　階部分 | | | | | | |  | | | | | | | m2 | | | 台 |
| 建築面積 | | m2 | | | | 延べ床面積 | | | | m2 | | |  | | | | | | | m2 | | | 台 |
| 調　　　剤　　　室 | | | | | | | | | | | 手　　　術　　　室 | | | | | | | | | | | | |
| 室面積 | 採光面積 | | 外気開放面積 | | | | | 麻薬金庫 | | | 室面積 | | | | m2 | | | | 準備室 | | m2 | | |
| m2 | m2 | | m2 | | | | | 有・無 | | | 内壁の構造 | | | |  | | | | | | | | |
| 冷暗所の構造・面積 | | | | 備付け天びん | | | | | | | 床の構造 | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | 感量　　　　　　　mg  台 | | | | | | | 照明設備 | | | | | 有・無 | | 滅菌手洗設備 | | | | 有・無 | |
| 消毒設備 | | | | | 有・無 | | 防じん設備 | | | | 有・無 | |
| エックス線室の構造 | | | | | | | | | | | 暖房設備 | | | | | 有・無 | | 防爆設備 | | | | 有・無 | |
| 室面積 | | m2 | | | 操作室 | | m2 | | | | 排水設備 | | | | | 有・無 | |  | | | | | |
| 室の構造 | |  | | | | | | | | | 歯科技工室 | | | | | | | | | | | | |
| 暗室 | | 有・無 | | |  | | | | | | 室面積 | | | 防火設備の概要 | | | | | | | 構造概要 | | |
| 台数 | | 台 | | |  | | | | | | m2 | | |  | | | | | | |  | | |
| 病室・病床数 | | | | | | | | | その他の施設及び設備 | | | | | | | | | | | | | | |
| 一般病床 | | 室　　　　床 | | | | | | | 検査室 | | | m2 | | | | | 防火設備の概要 | | | | | | |
| 療養病床 | | 室　　　　床 | | | | | | | 分べん室 | | | m2 | | | | |  | | | | | | |
| 合計 | | 室　　　　床 | | | | | | | 新生児入浴室 | | | m2 | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | m2 | | | | |

　添付書類

　　１　定款若しくは寄附行為の写し及び登記事項証明書又は条例の写し

　　２　土地及び建物の登記事項証明書（土地又は建物を借用して運営する場合は、その土地又は建物

の賃貸借契約書等の写し）

　　３　敷地の平面図

　　４　敷地周囲の見取図

　　５　建物の平面図（各室の用途を明示すること。）

６　エックス線診療室の壁及び鉛の厚さを表示した縮尺50分の１の平面図及び立面図並びに遮蔽

能力計算書

　　７　病室に関する資料（有床施設の場合に限る。）

　備考

　　１　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ列４番とする。

　　２　申請者の住所及び氏名は、法人にあっては、その主たる事務所の所在地、名称並びに代表者の

役職及び氏名を記入すること。