

診療所開設許可申請

年 月 日

明石市長 様

開設者住所 _____
(法人にあっては主たる事務所の所在地)

(ふりがな)
開設者氏名 _____
(法人にあっては、名称及び代表者の職氏名)

電 話 - - (担当:)

次のとおり開設したいので、医療法第7条第1項に基づき申請します。

[提出数] 2部(申請書一式)

[手数料] 18,000円(現金で納入)

[添付書類]

- 管理者となる医師・歯科医師の履歴書
- 管理者となる医師・歯科医師の免許証の写し(A4サイズ 原本照合が必要)
- 管理者となる医師・歯科医師の臨床研修等修了登録証の写し(A4サイズ 原本照合が必要)
※医師免許平成16年3月31日以前、歯科医師免許平成18年3月31日以前取得の場合不要
- 従事する医師・歯科医師・薬剤師の免許証の写し(A4サイズ)
- 敷地周囲の見取図(住宅地図、インターネット地図で可)
- 敷地面積及び平面図
- 建物平面図(A3サイズ)
- 定款、寄附行為、条例の写し(開設者が医療法人等の場合)
- 登記簿謄本(履歴事項全部証明書)(開設者が医療法人等の場合)
- 麻酔科標榜許可証の写し(麻酔科を標榜する場合 A4サイズ 原本照合が必要)
<エックス線装置を設置する場合>
 - エックス線診療室の詳細図
 - 管理区域(上下階を含む)明示の平面図
 - 遮蔽計算書
 - 遮蔽計算図
- <MRIを設置する場合>
 - MRI使用室の詳細図(5 Gaussラインの明示)
- <手術室を設ける場合>
 - 手術室の詳細図(清潔区域・準不潔区域・不潔区域の明示、患者・スタッフ・機材の動線を記載)
- <厨房を設ける場合>
 - 厨房の詳細図(清潔区域・不潔区域等の明示、スタッフ・食材・配膳・下膳等の動線を記載)
- <病床を設置する場合>
 - 県発行の「診療所病床設置許可」の写し(親子継承の場合を除く)

1	ふりがな 診療所の名称	
2	診療所の所在地	〒 - TEL - - FAX - -
3	診療時間	日 月 火 水 木 金 土 時 分～ 時 分 時 分～ 時 分 日 月 火 水 木 金 土 時 分～ 時 分 時 分～ 時 分 祝日
4	診療科目	
5	管理者	住所 氏名 医・歯医籍 第 号 年 月 日登録 臨床研修等修了登録証等 ※該当する□内に「✓」を記入する <input type="checkbox"/> 臨床研修等修了登録証取得 年 月 日 <input type="checkbox"/> 経過措置該当
6	開設の目的及び維持の方法	開設の目的 維持の方法
7	開設者が、今回開設する診療所以外に病院若しくは診療所を開設・管理・勤務している医療機関	
(1)	開設 名称 管理 勤務 所在地	
(2)	開設 名称 管理 勤務 所在地	
8	同時に2以上の病院又は診療所を開設しようとする場合の医療機関	名称 所在地

9 従事医師 及び薬剤師		氏名	担当診療科名	診療日時			
診療に従事する 医師（歯科医師）							
薬 剤 師			※医師が常時3人以上勤務する診療所の場合、専属薬剤師設置免除 許可の有無を記入 □有 □無				
10 医師、歯科医師、薬剤師、看護師（准看護師）、歯科衛生士などの従事者の定員 ※常勤換算し整数とする							
医 師	名	助 産 師	名	歯科衛生士	名	そ の 他	名
歯科医師	名	看護補助者	名	臨床検査技師	名		名
薬 剤 師	名	管理栄養士（栄養士）	名	理学療法士	名		名
看 護 師	名	診療放射線技師	名	作業療法士	名		名
准看護師	名	歯科技工士	名	事 務 員	名		名
11 敷地面積及び平面図			別紙のとおり				
12 敷地周囲の見取図			別紙のとおり				
13 建物の構造概要及び平面図			別紙のとおり				
14 エックス線装置の種類			用 途				
※型式は、高電圧発生装置の型式			製作者名				
※設置後10日以内に診療用エックス線装置備 付届を提出			型 式 (定格出力)				
15 病床に係る構造設備の概要			別紙のとおり				
16 開設予定年月日			年 月 日予定				

敷地面積及び平面図 _____ m^2 ※テナントビルの場合、診療所の水平投影面積を記入
※別紙添付可

敷地周囲の見取図（住宅地図、インターネット地図で可） ※別紙添付可

建物の平面図

※別紙添付可

※図面に各室の用途を記載（建物の一部を診療所の用に供していない場合は、その旨が分かるように記載すること）

※エックス線装置を設置する場合、管理区域（上下階を含む）を明示

入院施設に関すること

病室一覧							
階別	図面上の室名	床面積 m ²	採光面積 m ²	開放面積 m ²	病床数	1床あたりの床面積 m ²	備考 (病床種別)
計	室		(1/7)	(1/20)			
廊下 (種別・階数)		幅 (m)			手すりの有無		
中廊下							
片廊下							
階段 (2階以上の階に病室を有するもの)							
階段及び踊場の幅 (m)			蹴上げ (m)		踏面 (m)		手すりの有無

<注意事項>

- ※1 面積は小数点第2位まで記載すること (第3位切り捨て)
- ※2 床面積は内法で記載し、種別 (中廊下・片廊下)、階数ごとに分け、規格が同じものは同一欄に記載すること
- ※3 廊下、階段及び踊場の幅は手すりを含めないこと

療養病床を有する医療機関に必要な構造設備

施設名	床面積 (㎡) (内法)	設備概要
機能訓練室		(主な機器・器具)
食 堂		
浴 室		(浴槽の概要)
談 話 室		
	<input type="checkbox"/> 専用 <input type="checkbox"/> 食堂との共用	※該当する□内に「✓」を記入する

注) 床面積は内法で、小数点第2位まで記載すること (第3位切り捨て)

