

有床診療所使用許可申請

年 月 日

明石市長 様

開設者住所 _____
 (法人にあつては主たる事務所の所在地)
(ふりがな)
 開設者氏名 _____
 (法人にあつては、名称及び代表者の職氏名)
 電話 - - (担当:)

次のとおり使用したいので、医療法第27条に基づき申請します。

1 <small>ふりがな</small> 診療所の名称	
2 診療所の所在地	〒 - TEL - - FAX - -
3 開設予定年月日又は変更年月日 (開設者が非医師のときは、開設許可年月日)	年 月 日
4 使用しようとする建物の用途 (新規開設の場合を除く)	別紙のとおり

[提出数] 2部 (申請書一式)

[手数料] 実地検査22,000円・自主検査3,600円 (現金で納入)

[添付書類]

- 有床診療所建物使用前自主検査申請書 (自主検査の場合)
- 建築確認検査済証等
- 使用許可を受ける部分の建物平面図 (A3サイズ)
- <病床設置・増床の場合>
 - 医療従事者 (医師・歯科医師・薬剤師・看護師・准看護師・看護補助者・管理栄養士・栄養士) の確保済み常勤・非常勤の人数
 - 医師・歯科医師・薬剤師・看護師の勤務一覧表
 - 医療従事者名簿
 - 免許証の写し (原本照合不要)
- <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
 - 管理区域明示の平面図 (上下階を含む)
 - エックス線診療室の漏えい線量測定結果
 - 使用測定器の校正証明書 (写し)
- <MRIを設置する場合>
 - MRI使用室の詳細図 (5 Gaussラインの明示)
 - 漏洩磁場測定結果の写し
 - 高周波利用設備許可証 (総務省近畿総合通信局) の写し

建物の平面図 ※別紙添付可
※各室用途を記載
※建物の一部を診療所として使用していない場合分かるよう記載

入院施設に関すること

病室一覧 (変更後) ※面積は小数点第2位まで記載 (第3位切り捨て)							
階別	図面上の室名	床面積 m ² (内法)	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 ※手すりを含めず		幅 (m)			手すりの有無		
(種別・階数) 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) ※手すりを含めず			蹴上げ (m)		踏面 (m)		手すりの有無

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) ※小数点第2位まで記載 (第3位切り捨て)	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