

## 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 (部屋の用途変更用途変更 又は 使用室の構造設備の変更を伴うもの) >

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 <sup>2</sup> (内法)	採光 面積 m <sup>2</sup>	開放 面積 m <sup>2</sup>	病床数	1床あたり の床面積m <sup>2</sup>	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