明診　様式第１６号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（入院施設を有する場合のみ）

**有床診療所使用許可申請**

　　年　　月　　日

明石市長　様

開設者住所

（法人にあっては主たる事務所の所在地）

（法人にあっては、名称及び代表者の職氏名）

電 話 － － （担当：　　　）

　次のとおり使用したいので、医療法第２７条に基づき申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| １ |  |
| 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ガウスラインの明示）

□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

建物の構造概要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 造　　　　　　　　　　階建 | | | |
| 建物の用途　（１）診療所のみ　（２）診療所と自宅等　（３）集合ビル | | | |
| １階　　　　㎡、　２階　　　　㎡、　　　階　　　　㎡、　　　　　計　　　　　　　㎡ | | | |
| 階数・用途・  室名・番号等 | 面　　積 | 主な設備・器具 | 構　造　概　要  （壁・床・天井材等） |
|  | ㎡ |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 計 |  |  | |
| 構造設備上の参考事項 | | | |

|  |
| --- |
| 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  ㎡  (内法) | | 採光  面積  ㎡ | | 開放  面積  ㎡ | 病床数 | | | 1床あたりの床面積㎡ | | 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 |  |  |
| □　専用  □　食堂との共用 | ※該当する□内に「✔」を記入する |