

病院開設許可申請書

年 月 日

熊本市長(宛)

申請人(開設者)

印

病院を開設したいので、医療法第7条第1項の規定により次のとおり申請します。

開設者	(フリガナ)							
	氏名 (法人の場合はその名称)							
	住所 (法人の場合は主たる事務所の所在地)		〒					
		TEL						
(フリガナ)								
名称								
開設の場所		校区						
		TEL FAX						
病床数		種別	一般	療養	精神	感染症	結核	計
局長	総括 審議員	部長	所長	課長	副課長	主査	班員	起案
								年 月 日 この申請について許可証を 交付してよろしいか。
受領印		受付印			決裁印			許可年月日
手数料 ¥42,000								年 月 日
								指令番号
								指令(医政)第 号

備考 氏名を自署する場合は、押印は不要です。

診 療 科 目									
現に病院又は診療所の(開設・管理・勤務)を行っている時(個人開設の場合)	名称								
	所在地	〒 TEL							
同時に 2 以上(病院・診療所)を開設しようとする時(個人開設の場合)	名称								
	所在地	〒 TEL							
開設の目的及び維持の方法(法人開設の場合)									
従業員の法定人員	医 師	歯 科 医 師	薬 劑 師	助 産 師	看 護 師	准 看 護 師	栄 養 士	看 護 補 助 者	そ の 他
敷地の面積	m ²		用途区域	防火・準防火・建築基準法 22 条区域・なし					
棟ごとの建物の構造など	名 称	構 造		階 数	建 築 面 積		延 べ 面 積		
		鉄・ブ・木モ・木			m ²		m ²		
		鉄・ブ・木モ・木			m ²		m ²		
		鉄・ブ・木モ・木			m ²		m ²		
		計				m ²		m ²	

各科専門の診察室及び処置室	診察室	処置室	臨床検査施設	()室	臨床検査に使用する主な設備	
	()室	()室		業務委託 <input type="checkbox"/> 有 (全部) <input type="checkbox"/> 有 (一部) <input type="checkbox"/> なし		
手術室	()室、準備室(有・無)、内壁の材質()、 暖房(有・無)、照明(有・無)、清潔な手洗い(有・無)					
調剤所	採光	換気	冷暗所	天秤	給水設備	<input type="checkbox"/> 上水道 <input type="checkbox"/> 簡易水道 <input type="checkbox"/> 専用水道 <input type="checkbox"/> 井戸水
	良・不良	良・不良	有・無	感量 10mg の天秤 (有・無) 感量 500mg の上皿天秤 (有・無)		
消毒設備	有・無 (<input type="checkbox"/> 蒸気・ <input type="checkbox"/> ガス・ <input type="checkbox"/> 薬品・ <input type="checkbox"/> その他) 業務委託 <input type="checkbox"/> 有 (全部) <input type="checkbox"/> 有 (一部) <input type="checkbox"/> なし			洗濯設備	有・無 業務委託 <input type="checkbox"/> 有 (全部) <input type="checkbox"/> 有 (一部) <input type="checkbox"/> なし	
給食施設	床の構造()、食器の消毒設備(有・無)、 業務委託 (<input type="checkbox"/> 有 (全部) <input type="checkbox"/> 有 (一部) <input type="checkbox"/> なし)、その他()					
産科を有する場合	分娩室	新生児室	新生児の入浴施設	汚水の公共用水域への排出	有・無	
	()室	()室	有・無			
療養病床を有する場合	機能訓練室	主な機械器具		食堂	談話室	身体の不自由な者の入浴施設
	m ²			m ²	有 ()m ² 無	有・無
エックス線装置を有する場合	X線診療室	操作室	歯科を有する場合	歯科技工室	防塵装置	
	室数()	有・無		有・無	有・無	
開設の予定年月	年 月					