

令和 年 月 日

熊本市保健所医療政策課 様

住 所 _____

電話番号 _____

建築主

氏 名 _____ 印

医療機関建築確認申請事前指導願

このことについて、別添設計図を提出しますので、医療法等に係わる構造設備について指導方お願いします。

記

開設者	住 所			(医療機関名)
	電話番号			
	氏 名			病院・一般診療所・歯科診療所・施術所
建築場所			診療科目 ()	
構 造	新 築	増改築		申請予定基準 (給食・看護・寝具)
()造 ()階建	床	既存	新築	放射線関係 ()
		床	床	竣工予定期日 (年 月 日)

医療機関建築確認申請事前指導済証

上記医療機関について、別添設計図により施行すれば、医療法上支障ありません。

令和 年 月 日

熊本市保健所医療政策課

(注)医療法に基づく使用許可は、完成した医療機関の現場検査により審査しますので、開設者及び設計監理責任者の工事の進行状況に応じ、現場が別添設計図どおりに建築されているか常に確認してください。
尚、設計途中変更については、必ず事前に相談してください。

指導済印

指導済印