別記様式第８号（規格Ａ４）（第４条関係）（その１）

診療所病床設置許可申請書

年　　月　　日

群馬県知事　　　　　あて

　開設者　〒

住所（）

氏名（）

電話番号

　　医療法第７条第３項の規定により、診療所病床の設置許可を下記のとおり申請します。

記

Ⅰ　診療所の概要

　１　名称

|  |
| --- |
|  |

　２　所在地

|  |
| --- |
| 〒  電話（　　）　　　　―　　　　番 |

　３　開設許可に係る年月日及び番号又は開設届に係る開設年月日

|  |
| --- |
| 年　　月　　日（群馬県指令　　第　　号　※開設許可の場合） |

　４　診療科目

|  |
| --- |
|  |

　５　管理者

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 住所 |  | | | |
| 氏名 |  | | | |
| 免許等 | 医(歯科医）籍  登録年月日 |  | 登録番号 |  |
| 臨床研修修了  登録年月日 |  | 登録番号 |  |

（その２）

Ⅱ　許可申請事項

１　従業員定員

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 従業員 | 定員 | 現員 |  | 従業員 | 定員 | 現員 |
| 医師 |  |  | 言語聴覚士 |  |  |
| 歯科医師 |  |  | 精神保健福祉士 |  |  |
| 薬剤師 |  |  | 義肢装具士 |  |  |
| 看護師 |  |  | 視能訓練士 |  |  |
| 助産師 |  |  | 臨床工学技士 |  |  |
| 看護補助者 |  |  | 歯科衛生士 |  |  |
| 栄養士 | (　) | (　) | 歯科技工士 |  |  |
| 診療放射線技師 |  |  | 調理員 |  |  |
| 臨床検査技師 |  |  | 事務員 |  |  |
| 理学療法士 |  |  | その他 |  |  |
| 作業療法士 |  |  | 合計 |  |  |

注　１)　准看護師、診療エックス線技師及び衛生検査技師は、それぞれ看護師、診療放射線技師

及び臨床検査技師の欄に計上すること。

　　　　　２)　栄養士欄の（　）には、管理栄養士に係る員数を再掲すること。

　　　　　３)　定員及び現員は、常勤職員の数に非常勤職員の数をその勤務時間に応じて常勤職員数に

換算した数（１未満にあっては１、１以上にあっては小数点以下を切り捨てること。）を

加えた値を記載すること。なお、現員は、申請の時点において現に従事する職員について、

記載すること。

　　　　　４)　診療所病床の設置に当たり、別途、医療法第７条第１項若しくは第２項の規定により知

事の許可を受け、又は同法第８条若しくは同法施行令第４条第３項の規定により知事に届

け出なければならないときは、本件申請内容と当該許可又は届出の内容との整合性に留意

すること。

　２　施設の有無及び構造設備の概要

　　　　ア　機能訓練室（　有　・　無　）

|  |  |
| --- | --- |
| 主たる設備  及び器具等 |  |
| その他 | ・床面積　　　　　㎡ |

　　　　イ　食堂（　有　・　無　）

|  |  |
| --- | --- |
| 主たる設備  消毒器機等 |  |
| その他 | ・床面積　　　　　㎡  ・療養病床の入院患者１人当たりの床面積　　　㎡ |

（その３）

　　　　ウ　浴室（　有　・　無　）

|  |  |
| --- | --- |
| 主たる設備  及び器具等 |  |
| その他 | ・床面積　　　　　㎡  ・特殊浴槽　（　有　・　無　） |

　　　　エ　談話室（　有　・　無　）

|  |  |
| --- | --- |
| 主たる設備  及び器具等 |  |
| その他 | ・床面積　　　　　㎡  ・専用、共用の別（専用・共用（共用する室：　　　　　　　　　　）） |

　　　　注　面積は、小数点以下第２位まで記載すること。

　３　病床数、病床の種別ごとの病床数及び各病室の病床数

　　(１)　病床種別病床数　　　　　　　　　　（床）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 種別 | 療養 | 一般 | 計 |
| 病床数 |  |  |  |

　　　　注　病床数又は床面積に関して経過措置の適用を受けるものの病床数を(　)書で再掲すること。

　　(２)　各病室の病床数

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 建物名 | 階 | 病床種別 | 病室名 | 病床数 | 床面積(㎡) | １人当たり床面積(㎡) |
|  |  |  |  |  |  |  |

　　　　注　床面積は内法により測定した面積（小数点以下第２位まで）を記載すること。

　　(３)　定床別病床数

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 定床区分 | 療養 | 一般 | 区分計 | 病床数 |
| １床室 |  |  |  |  |
| ２床室 |  |  |  |  |
| 床室 |  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |  |

（その４）

Ⅲ　付記事項

１　病床種別１日平均入院患者数見込み

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 種別 | 療養 | 一般 | 計 |
| 入院患者数 |  |  |  |

　２　１日平均外来患者数見込み

　　　　　　　　　　　　　人

　３　従業員名簿

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職種 | 氏名 | 免許 | | 就　職  年月日 | 常勤・  非常勤  の　別 | １週間の  勤務時間 | 常　勤  換算数 |
| 登録年月日 | 登録番号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

注 １)　免許登録年月日及び登録番号の欄については、免許の必要な職種についてのみ記載する

こと。

２)　記載欄が不足する場合は、別紙に記載すること。

３） 常勤換算数は職種ごとに小計を記載すること。

　４　事務担当者連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者職・氏名 |  |
| 連絡先電話番号 |  |

（その５）

　５　添付書類一覧

（１）敷地周囲の見取図

　　　　住宅地図等開設地付近の状況が分かるもの

（２）敷地平面図（建物配置図）

　　　　敷地の形状と建築物の位置関係が分かるもの

（３）建物平面図（原則縮尺200分の１）

　　　　各部屋の用途ごとに部屋の名称、面積、寸法等を記載

　　　　病室は、各部屋ごとの病床数及び病床種別を記載

　　　　各廊下ごとの最狭部の廊下幅を記載

　　　　　　　病室の面積、廊下幅等で経過措置の適用を受ける場合は、当該経過措置適用部

分を明示

介護施設、個人住宅等と兼用の場合は、診療所の範囲を明示

（４）入院患者の看護等の業務を担当する看護師、准看護師及び看護補助者に係る勤務

計画（勤務表）