明診　様式第１号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（開設者が**医療法人等、**医師・歯科医師以外の場合）

**診療所開設許可申請**

　　　　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：　　　）

次のとおり開設したいので、医療法第７条第１項に基づき申請します。

〔提出数〕2部（申請書一式）

〔手数料〕18,000円（現金で納入）

〔添付書類〕

□管理者となる医師・歯科医師の履歴書

□管理者となる医師・歯科医師の免許証の写し（Ａ４サイズ　原本照合が必要）

□管理者となる医師・歯科医師の臨床研修等修了登録証の写し（Ａ４サイズ　原本照合が必要）

※医師免許平成16年3月31日以前、歯科医師免許平成18年3月31日以前取得の場合不要

□従事する医師・歯科医師・薬剤師の免許証の写し（Ａ４サイズ）

□敷地周囲の見取図（住宅地図、インターネット地図で可）

□敷地面積及び平面図

□建物平面図（Ａ３サイズ）

□定款、寄附行為、条例の写し（開設者が医療法人等の場合）

□登記簿謄本（履歴事項全部証明書）（開設者が医療法人等の場合）

□麻酔科標榜許可証の写し（麻酔科を標榜する場合　Ａ４サイズ　原本照合が必要）

＜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（上下階を含む）明示の平面図

□遮蔽計算書

□遮蔽計算図

＜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）

＜手術室を設ける場合＞

□手術室の詳細図（清潔区域・準不潔区域・不潔区域の明示、患者・スタッフ・機材の動線を記載）

＜厨房を設ける場合＞

□厨房の詳細図（清潔区域・不潔区域等の明示、スタッフ・食材・配膳・下膳等の動線を記載）

＜病床を設置する場合＞

□県発行の「診療所病床設置許可」の写し（親子継承の場合を除く）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ |  | |
| ２　診療所の所在地 | 〒　　　－  TEL　　　　-　　　　-　　　　　FAX　　　　-　　　　- | |
| ３　診療時間 | 日　月　火　水　木　金　土  時　　分～　　　時　　分  時　　分～　　　時　　分  日　月　火　水　木　金　土  時　　分～　　　時　　分  時　　分～　　　時　　分  祝日 | |
| ４　診療科目 |  | |
| ５　管理者 | 住　所  氏　名  医・歯医籍　第　　　　　　号　　　　　年　　月　　日登録 | |
| 臨床研修等修了登録証等  ※該当する□内に「**✔**」を記入する | □ 臨床研修等修了登録証取得 年　 月　 日  □ 経過措置該当 |
| ６　開設の目的及び維持の方法 | | |
| 開設の目的  維持の方法 | | |
| ７　開設者が、今回開設する診療所以外に病院若しくは診療所を開設・管理・勤務している医療機関 | | |
| (1) 開設　　　　名　称  管理  勤務　　　　所在地 | | |
| (2) 開設　　　　名　称  管理  勤務　　　　所在地 | | |
| ８　同時に２以上の病院又は診療所を開設しようとする場合の医療機関 | | |
| 名　称  所在地 | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ９　従事医師  及び薬剤師 | | | 氏　名 | | 担当診療科名 | | | 診療日時 | | | | |
|  | 診療に従事する  医師（歯科医師） | |  | |  | | |  | | | | |
|  | |  | | |  | | | | |
|  | |  | | |  | | | | |
| 薬　　剤　　師 | |  | | ※医師が常時３人以上勤務する診療所の場合、専属薬剤師設置免除  許可の有無を記入  □有　　□無 | | | | | | | |
|  | |
| 10　医師、歯科医師、薬剤師、看護師（准看護師）、歯科衛生士などの従事者の定員  ※常勤換算し整数とする | | | | | | | | | | | | |
| 医　　師 | | 名 | 助 産 師 | 名 | | 歯科衛生士 | | | 名 | そ の 他 | 名 | |
| 歯科医師 | | 名 | 看護補助者 | 名 | | 臨床検査技師 | | | 名 |  | 名 | |
| 薬 剤 師 | | 名 | 管理栄養士（栄養士） | 名 | | 理学療法士 | | | 名 |  | 名 | |
| 看 護 師 | | 名 | 診療放射線技師 | 名 | | 作業療法士 | | | 名 |  | 名 | |
| 准看護師 | | 名 | 歯科技工士 | 名 | | 事 務 員 | | | 名 |  | 名 | |
| 11　敷地面積及び平面図 | | | | 別紙のとおり | | | | | | | | |
| 12　敷地周囲の見取図 | | | | 別紙のとおり | | | | | | | | |
| 13　建物の構造概要及び平面図 | | | | 別紙のとおり | | | | | | | | |
| 14　エックス線装置の種類  ※型式は、高電圧発生装置の型式  ※設置後10日以内に診療用エックス線装置備付届を提出 | | | | 用途 | | |  | | | | | |
| 製作者名 | | |  | | | | | |
| 型式  （定格出力） | | |  | | | | | |
| 15　病床に係る構造設備の概要 | | | | 別紙のとおり | | | | | | | | |
| 16　開設予定年月日 | | | | 年　　　　月　　　　日予定 | | | | | | | | |
| 敷地面積及び平面図　　　　　　　　　㎡　※テナントビルの場合、診療所の水平投影面積を記入  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※別紙添付可 | | | | | | | | | | | |
| 敷地周囲の見取図（住宅地図、インターネット地図で可）　※別紙添付可 | | | | | | | | | | | |

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  ※図面に各室の用途を記載（建物の一部を診療所の用に供していない場合は、その旨が分かるように記載すること）  ※エックス線装置を設置する場合、管理区域（上下階を含む）を明示 |

入院施設に関すること

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病室一覧 | | | | | | | | | | | | |
| 階別 | 図面上  の室名 | 床面積  ㎡ | | 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 | | | 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） | | | | | 蹴上げ（ｍ） | | | 踏面（ｍ） | | | 手すりの有無 | |
|  | | | | |  | | |  | | |  | |

＜注意事項＞

※１　面積は小数点第２位まで記載すること（第３位切り捨て）

※２　床面積は内法で記載し、種別（中廊下・片廊下）、階数ごとに分け、規格が同じものは同一欄に記載すること

※３　廊下、階段及び踊場の幅は手すりを含めないこと

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） | 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 |

注）　床面積は内法で、小数点第２位まで記載すること（第３位切り捨て）

**履歴書**

本　籍　　　　　　　都・道・府・県

現住所

|  |
| --- |
|  |

生年月日　　　　　　年　　月　　日生

免許証登録番号　第　　　　　　　　　号

登録年月日　　　　　年　　月　　日

臨床研修修了登録年月日　　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 年　月　日 | 学歴（大学卒業以降）・職歴・賞罰（各別にまとめて書く） |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 賞罰 |  |