別記様式第５号（規格Ａ４）（第４条関係）（その１）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  | 証紙貼付欄 |  |
|  | 領収済証明書は、裏面に貼付 すること（この用紙を両面使用する場合は、この申請書 に添えて提出すること。）。　　 |  |
|  |  |  |

診療所開設許可申請書

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１項の規定により、診療所の開設許可を下記のとおり申請します。

記

Ⅰ　許可申請事項

　１　名称

|  |
| --- |
| \*\*クリニック　\*\*株式会社\*\*事業所内 |

　２　開設の場所

|  |
| --- |
| 〒\*\*\*－\*\*\*\*　群馬県\*\*市\*\*町\*\*番地　\*\*株式会社\*\*事業所電話（　\*\*\*　）　\*\*\*　―　\*\*\*　　　番注１ |

　３　診療科目

|  |
| --- |
| 内科、\*\*科 |

　　　注　診療科目の広告に当たっては、勤務する医師又は歯科医師１人に対し、主たる診療科名を原

則２つ以内とし、診療科名を大きく表示するなど、他の診療科名と区別して表記すること。

４　開設の目的及び維持の方法

|  |  |
| --- | --- |
| 開設の目的 | 健康診断（または予防接種）を実施するため対象者数：\*\*名（または別添申込書のとおり等） |
| 維持の方法 | 検査料金の徴収による開設日：\*月\*日\*\*　注２ |

（その２）

　５　管理者（要記載）

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | 〒\*\*\*－\*\*\*\*　\*\*県\*\*市\*\*町\*\*番地　 |
| 氏名 | \*\*　\*\* |
| 免許等 | 医(歯科医）籍登録年月日 | 平成\*年\*月\*日 | 登録番号 | \*\*\*　 |
| 臨床研修修了登録年月日 | 平成\*年\*月\*日 | 登録番号 | \*\*\*\*\*\* |
| 現在管理者として就任している他の医療機関 | （　有　・　無　） |
|  | 有の場合 | 医療機関名称 |  |
| 所在地 |  |

　　　注　有の場合は、医療法第12条第２項に基づく許可を受けること。

６　従業員定員（要記載）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 従業員 | 定員 |  | 従業員 | 定員 |
| 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。

７　敷地面積及び敷地条件（別添敷地周辺の見取図のとおり）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 敷地面積 | （省略可）㎡ | 敷地条件 | （省略可） |

　　　注　１）敷地面積は、小数点以下第２位まで記載すること。

２）敷地条件は、都市計画法上の都市計画区域、地域地区の設定を受けている場合の当該区域

等を記載すること。

　８　建物の構造概要及び平面図

　　(１)　構造概要（記載省略可）

（その３）

　　(２)　構造等内訳（要記載）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 建物名 | 階 | 用途 | 病床数 | 床面積（㎡） |
| \*\*棟駐車場 | \*階 | 健診会場（受付、診察、採血、測定）エックス線検診車（\*号） |  | \*㎡\*㎡（省略可） |

注 １)　室を単位として記載すること。

２)　用途欄は、病室（315号室）、診察室（内科）、処置室（外科）、食堂（談話室兼用）、便所

（身体障害者用)、廊下など、具体的に記載すること。

　　　 ３)　病床数欄は、室の用途が病室の場合のみ記載すること。

　　　 ４)　床面積欄は、室の用途が病室、機能訓練室、食堂など、医療法施行規則に面積基準の定め

のある場合にあつては内法により測定した面積を、それ以外の場合にあつては壁芯により測

定した面積を記載すること。

 ５)　床面積は、小数点以下第２位まで記載すること。

　　(３)　施設の有無及び構造設備の概要（要記載。カ～シは省略可のため様式不要）

　　　　ア　診察室（　有　・　無　）

|  |  |
| --- | --- |
| 主たる設備及び器具等 | 標榜診療科ごとに構造設備の概要を記載した上で、複数ある場合にあっては室数を、兼用の場合にあってはその旨を記載する。 |
| その他 | ・診察室の数　\*　室・診療科ごとに診察室（　有　・　無　）・処置室と診察室の兼用（　有　・　無　） |

　　　　イ　処置室（　有　・　無　）

|  |  |
| --- | --- |
| 主たる設備及び器具等 | 標榜診療科ごとに構造設備の概要を記載した上で、複数ある場合にあっては室数を、兼用の場合にあってはその旨を記載する。 |
| その他 | ・処置室の数　\*　室・診療科ごとに処置室（　有　・　無　）・処置室と診察室の兼用（　有　・　無　） |

（その４）

　　　　ウ　手術室（　有　・　無　）

　　　　エ　臨床検査施設（　有　・　無　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 検査種類別検査室名 | 検査室名 | 実施検査の種類 | 主たる検査機器 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| その他 |  |

オ　エックス線装置（　有　・　無　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 製作者名 | \*\*\* |
| 形式・製造年月 | \*\*\* |
| 医療用具承認番号 | \*\*\* |
| 　　　　　連　続定格出力　短時間　　　　　蓄放式 | 　　　　　ｋＶ　　　　　　ｍＡ　　\*\* ｋＶ　　\*\*　　ｍＡ　　sec　　　　　ｋＶ　　　　　　μＦ |
| エックス線管の数 | \* |
| 用途 | 一般撮影・透視・ＣＴ　（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 使用室 | 診療室・手術室・移動型　（エックス線検診車（\*号）） |
| ２ | 製作者名 |  |
| 形式・製造年月 |  |
| 医療用具承認番号 |  |
| 　　　　　連　続定格出力　短時間　　　　　蓄放式 | 　　　　　ｋＶ　　　　　　ｍＡ　　　　　ｋＶ　　　　　　ｍＡ　　sec　　　　　ｋＶ　　　　　　μＦ |
| エックス線管の数 |  |
| 用途 | 一般撮影・透視・ＣＴ　（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 使用室 | 診療室・手術室・移動型　（　　　　　　　　　　　　　　　） |

　　　 注 本様式に代えて別記様式第21号診療用エックス線装置設置届に係る別紙様式中の表を添付することができる。

　９　病床数（病床種別病床数、各病室の病床数及び定床別病床数）（記載省略可）

　10　開設予定年月日（要記載）

|  |
| --- |
| 令和\*\*年\*\*月\*\*日 |

（その５）

Ⅱ　付記事項

　１　従業員名簿（要記載）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
| 医師看護師放射線技師事務 | \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* | H\*.\*.\*H\*.\*.\*H\*.\*.\* | \*\*\*\*\*\*\*\*\* | R\*.\*.\*R\*.\*.\*R\*.\*.\*R\*.\*.\* | 常勤常勤常勤常勤 | ３時間３時間３時間３時間 | １１１１ |

　　　 注　１)　申請時点で雇用が決定又は内定している従業員について、記載すること。

　　　２)　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。

３)　記載欄が不足する場合は、別紙に記載すること。

４） 常勤換算数は職種ごとに小計を記載すること。

　２　事務担当者連絡先（要記載）

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

（その６）

　３　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（求積図）（添付不要）

敷地面積の求積図（Ⅰの７の敷地面積の根拠となるもの）

（３）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

→（１）の図面で診療所を設置する建物、大まかな建物内の設置場所及び検診車両の位置が確認できれば、省略可。

（４）建物平面図（原則縮尺200分の１→縮尺は任意で可）

各部屋の用途ごとに部屋の名称、面積、寸法等を記載　→ 健診会場の平面図

病室は、各部屋ごとの病床数及び病床種別を記載

記載

不要

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

　（５）建物立面図　（添付不要）

　（６）エックス線診療室等の防護図（原則縮尺５０分の１）

　　　　　放射線管理区域を朱書で明示するとともに、立面図を添付

→健診車輌の場合は車検証を添付のこと。

　（７）定款、寄附行為又は条例（開設者が法人の場合）

　（８）不動産を正当に使用する権限を証する書類

不動産登記事項証明書（土地及び建物）、不動産賃貸借契約書の写し等及び公図の写し

→予防接種または健康診断の実施に係る契約書（申込書）等の写しでも可

　（９）建築確認済証等（添付不要）

注意事項

注１　開設日に連絡がとれる電話番号（例：当該事業所（会場）等の電話番号）

注２　同一会場で日をあけて健康診断等を実施する場合、原則都度開設許可が必要。