第１１号様式（第２条関係）

診療所病床設置届

年　　月　　日

　越谷市長　宛

　　　　　　　　　開設者　住　　所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　　　　氏　　名（法人にあっては、名称及び代表者の職氏名）

　　　　　　　　　　　　　電話番号

　次のとおり、医療法施行令第３条の３の規定により届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 名称 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | 電話番号　　　　　　　　ＦＡＸ番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 設置年月日 | | | | | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | |
| 医療法第７条第３項の規定による設置許可を要しない理由 | | | | | ※　小児医療、周産期医療、救急医療等の理由を記入すること。 | | | | | | | | | | | | | |
| 病床数 | | | | | 一般 | | | 床 | | 療養 | | | 床 | | 合計 | | | 床 |
| 各病室の病床数 | | | | | 室　　　　床 | | | | | | | | 室　　　　床 | | | | | |
| 室　　　　床 | | | | | | | | 室　　　　床 | | | | | |
| 室　　　　床 | | | | | | | | 室　　　　床 | | | | | |
| 従　業　者　定　員（療養病床を設置する診療所のみ記載） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医師 | 歯科医師 | 薬剤師 | | 栄養士  ・管理  栄養士 | | 診療  放射線技師 | | | 臨床・衛生  検査技師 | | 看護師 | 准看護師 | | 看護  補助者 | | その他 | 計 | |
|  |  |  | |  | |  | | |  | |  |  | |  | |  |  | |
| 施設の構造設備（療養病床を設置する診療所のみ記載） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施 設 名 | | | 床面積 | | | | 設備概要 | | | | | | | | | | | |
| 機 能 訓 練 室 | | | ㎡ | | | | (主な器械・器具) | | | | | | | | | | | |
| 食　　　　　堂 | | | ㎡ | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 浴　　　　　室 | | | ㎡ | | | | (浴 槽 の 概 要) | | | | | | | | | | | |
| 談　　話　　室 | | | ㎡ | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 建物の平面図　　別紙のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考　平面図には、各室の用途並びに各病室の病床数、病床種別、床面積及び病室に隣接する廊下の幅等を明記すること。