第１９号様式（第２条関係）

病院開設許可申請書

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、医療法第７条第１項の許可を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 |  |
| 開設場所 | 電話番号　　　　　　　　　ＦＡＸ番号　　　　　　　　　 |
| 診療科目 |  |
| 開設者が医師又は歯科医師以外の者であるとき |
| 開設目的維持方法 |  |

|  |
| --- |
| 開設者が医師又は歯科医師であるとき |
| 現に病院若しくは診療所を開設し、若しくは管理し、又は病院若しくは診療所に勤務する者であるときは、その旨 |  |
| 同時に２以上の病院又は診療所を開設しようとする者であるときは、その旨 |  |
| 従　　業　　者　　定　　員 |
| 医師 | 歯科医師 | 薬剤師 | 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　 | 助産師 | その他 | 事務員 | 計 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 敷地面積 | ㎡ |
| 建物総延面積 | ㎡ |
| 建　物　構　造　面　積 | 管理棟 | 　　　造　　階建て　　棟　　階　　㎡　計　　㎡ |
| 診療棟 | 　　　造　　階建て　　棟　　階　　㎡　計　　㎡ |
| 病棟 | 　　　造　　階建て　　棟　　階　　㎡　計　　㎡ |
| 棟 | 　　　造　　階建て　　棟　　階　　㎡　計　　㎡ |
| 棟 | 　　　造　　階建て　　棟　　階　　㎡　計　　㎡ |
| 棟 | 　　　造　　階建て　　棟　　階　　㎡　計　　㎡ |
| 棟 | 　　　造　　階建て　　棟　　階　　㎡　計　　㎡ |
| 棟 | 　　　造　　階建て　　棟　　階　　㎡　計　　㎡ |
| その他 | 　　　造　　階建て　　棟　　階　　㎡　計　　㎡ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病床数及び病床の種別ごとの病床数並びに各病室の病床数 | 病棟名 | 一般 | 療養 | 結核 | 精神 | 感染症 | 計 |
| 病室番号 | 病床数 | 病室番号 | 病床数 | 病室番号 | 病床数 | 病室番号 | 病床数 | 病室番号 | 病床数 | 病室数 | 病床数 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 室 | 床 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 室 | 床 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 室 | 床 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 室 | 床 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 計 | 室 | 床 | 室 | 床 | 室 | 床 | 室 | 床 | 室 | 床 | 室 | 床 |

|  |
| --- |
| 　　　（別　紙） |
| 　医療法第２１条第１項第２号から第８号までに掲げる施設、分べん室及び新生児の入浴施設の有無並びに構造設備の概要（療養病床を有する病院については、機能訓練室及び医療法施行条例（平成２４年埼玉県条例第４８号）第５条各号に掲げる施設の構造設備の概要）（歯科技工室を設けようとするときは、その構造設備の概要） |
| 施　　設　　名 | 構　造　設　備　の　概　要 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 施　　設　　名 | 構　造　設　備　の　概　要 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 　診療用放射線装置の概要用　　　台　　　製　　　型　　　　　ＫＶ　　ｍＡ　 |
| 開設予定年月日 | 年　　　月　　　日 |

備考１　医師又は歯科医師にあっては、臨床研修修了登録証及び免許証の写し並びに履歴書（写真貼付）を添付すること。

　　２　開設者が法人であるときは、定款、寄附行為又は条例を添付すること。