第７号様式（別表第１の７関係）

年　　月　　日

　青森県知事　殿

〔法人であるときは、主たる事務所の所在地〕

住　所

開設者

〔法人であるときは、名称及び代表者氏名〕

氏　名

診療所病床設置届

　病床を設置したので、医療法施行令第３条の３の規定により下記のとおり届け出ます。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 診療所の名称等 | | 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | 〒  （電　話）　　　　　　　　　（ＦＡＸ） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診療科目 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 病床数 | | 床（うち療養病床　　　　　　　　床） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 従業者の定員（人） | | 職種 | | 定員 | | | | | | | | | うち療養病床に係る定員 | | | | | | | |
| 医師 | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 看護師 | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 准看護師 | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 看護補助者 | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| その他職員 | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 計 | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| １日平均入院患者の数 | | | | 人（小数点第２位以下は切り捨て） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 建物の構造概要 | | 建築面積 | | ㎡ | | | | | | | | 延べ床面積 | | | | | ㎡ | | | |
| 構造等 | 建物（棟）別 | | 構造概要 | | | | | | 用途 | | | | | 延べ床面積 | | | | 備考 |
|  | | 造　　階建 | | | | | |  | | | | | ㎡ | | | |  |
|  |  | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |  |
|  | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |  |
| 平面図 | | 別添のとおり（方位、縮尺（200分の１以上のもの）、各室の名称・用途・寸法を記載され、かつ、病室にあっては、それぞれの室の病床の種別（療養病床、一般病床）及び病床数が明示されていること。） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 病床に係る構造設備 | | 病室の概要 | 病室名 |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
| 病床種別 |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
| 病床数 | 床 | | | | | | 床 | | | | | | | | 床 | | |
| 床面積 | ㎡ | | | | | | ㎡ | | | | | | | | ㎡ | | |
| １床当たり面積 | ㎡ | | | | | | ㎡ | | | | | | | | ㎡ | | |
| 隣接する廊下幅 | ｍ | | | | | | ｍ | | | | | | | | ｍ | | |
| 備考 |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  | 療養病室 | 機能訓練室 | 室名 |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
| 床面積 | ㎡ | | | | | | ㎡ | | | | | | | | ㎡ | | |
| 主要構造 |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
| 設備概要 |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
| 食堂 | 室名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 床面積 | ㎡ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主要構造 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 設備概要 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 浴室 | 室名 |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
| 床面積 | ㎡ | | | | | | ㎡ | | | | | | | | ㎡ | | |
| 主要構造 |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
| 身体の不自由な者が入浴するための設備の概要 | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 談話室 | 室名 | | | 専用・共用の別 | | | | 床面積 | | | | | 主要構造 | | | | 構造概要 | |
|  | | | 専用 | | | | ㎡ | | | | |  | | | |  | |
| 共用 | | | | 室と共用 | | | | | | | | | | |
| 防火上必要な設備の概要 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 消火用の機械又は器具の概要 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 診療所の管理者 | | | | | | | 氏名 | |  | | | | | | | | | | | |
| 現住所 | |  | | | | | | | | | | | |
| 臨床研修修了登録番号又は  医籍登録番号登録年月日 | | | | | | |  | | | | | | |
| 担当者職氏名  連絡先 | | | | | | | （電話）　　　　　　　　　（ＦＡＸ）  （Ｍａｉｌ） | | | | | | | | | | | | | |

注意事項

１　添付書類

（１）開設者が法人の場合は、定款、寄附行為又は条例の写し

（２）当該診療所の各室の面積表一覧表（病室にあっては、すべての病室の面積、各病室の定員数、それぞれの病室の１床当たりの面積、採光面積、換気面積を含むこと。）

（３）管理者たる医師（予定を含む。）の免許証の写し

（４）従業者名簿（氏名、職名、免許番号（有資格の医療従事者）、担当診療科名、常勤・非常勤の別（非常勤にあっては、月当たりの勤務日数及び勤務時間数並びに本務先）を記載したもの）

２　提出先及び提出部数

届出に係る診療所の所在地を管轄する保健所（ただし、診療所の所在地が青森市又は八戸市の場合はそれぞれ東津軽保健所又は三戸保健所）へ１部提出すること。なお、収受印を押印した副本の返戻が必要な場合には、返信用封筒を添えて、副本を１部提出すること。

３　期日

　　病床設置後10日以内に届け出ること。