（正・副）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　西宮市保健所長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　法人所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　（開設者住所）

　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　法人代表者職・氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　（氏　　名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者電話　　（　　　　）　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　　診療所電話　　（　　　　）　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　　診療所ＦＡＸ　（　　　　）　　－

　　　　　　　　　　　　　　　 ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ

別紙のとおり開設したいので申請します。

|  |
| --- |
| 手数料  18,000円 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 西保総　指令第　　　号      　　　令和　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西宮市保健所長 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①開設の場所 | | | | | | | | ②名称（ふりがな） | | | | | | | | | | | | | | |
| ③開設者の所在地 | | | | | | | | ④開設者の名称及び開設代表者の氏名 | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑤開設予定日 　令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | ⑥入院施設の有無  　　　有（　　室　　床） ・ 無 | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑦診療科目 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑧診療日時 | | 月 | | 火 | | 水 | | | | 木 | | | | 金 | | | 土 | | | 日 | |
| ～ | | ～ | | ～ | | | | ～ | | | | ～ | | | ～ | | | ～ | |
| ～ | | ～ | | ～ | | | | ～ | | | | ～ | | | ～ | | | ～ | |
| ～ | | ～ | | ～ | | | | ～ | | | | ～ | | | ～ | | | ～ | |
| 休診日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑨開設の目的  維持の方法 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑩定款、寄付行為、  　条例 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑪  管理者 | 氏　名 | | | 住　所 | | | | | | | | ⑫  薬 剤 師 | | | 氏　名 | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| ⑬  診療に従事する医師  ・歯科  医師 | 氏　名 | | | 担当診療科目 | | | | | 診療日時 | | | | | | | | | | 備　考 | | | |
|  | | |  | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | |  | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | |  | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | |  | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | |
| ⑭  従業者  の定員 | 医師 | | 歯科  医師 | 薬剤師 | 看護師 | | 准看  護師 | | | | 助産師 | | 歯科  衛生士 | | |  | |  | | | 合計 | |
| 人 | | 人 | 人 | 人 | | 人 | | | | 人 | | 人 | | | 人 | | 人 | | | 人 | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ⑮  建  物  の  構  造  概  要 | エックス線装置の製作者名及び型式 | | | | | | | | | | |
| 用　途 | | 製作者名 | | 型　式 | | 定格出力 | | | 備　考 | |
|  | |  | |  | |  | | |  | |
|  | |  | |  | |  | | |  | |
| (1)鉄骨鉄筋造 (2)鉄筋ｺﾝｸﾘｰﾄ造  (3)鉄骨造 (4)軽量鉄骨造 (5)木造  (6)その他　　　　　　　　　　　　　　　　階建 | | | | | | | 敷地面積  　　　　　　　　　　　　　㎡ | | | |
| （診療所部分）　　階　　　　㎡　　階　　　　㎡　　階　　　　㎡　合計　　　　　㎡ | | | | | | | | | | |
| 階 | 用　途 | | 面　　積 | | 構造概要 | | | 設備、器具他 | | 備考 |
| (小数１位まで) | |
|  |  | |  | |  | | |  | |  |
| ⑯　構造設備上の参考事項 | | | | | | | | | | | |

（建物の構造概要続き）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ⑮  建  物  の  構  造  概  要 | 階 | 用　途 | 面　　積  (小数１位まで) | 構造概要 | 設備、器具他 | 備　考 |
|  |  |  |  |  |  |
| ⑯　構造設備上の参考事項 | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| ⑰　敷地面積　　　　　　　　㎡（　　　　坪）  　　敷地平面図 |  |
| ⑱　敷地周囲の見取図 |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ⑲　建物の平面図  　　　　　　　階 |  |
|  |  |

「建物の構造概要記載例」

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ⑮  建  物  の  構  造  概  要 | エックス線装置の製作者名及び型式 | | | | | | | | | | |  |
| 用　途 | | 製作者名 | | | 型　式 | 定格出力 | | | 備　考 | |
| Ｘ線単純撮影 | | ○○○（株） | | | ＡＢＣ１２３ | １５０Ｋｖ | | | ※障害防止・予防等の措置を示す資料を添付する | |
|  | |  | | |  |  | | |  | |
| (1)鉄骨鉄筋造 (2)鉄筋ｺﾝｸﾘｰﾄ造  (3)鉄骨造 (4)軽量鉄骨造 (5)木造  (6)その他　　　　　　　　　　　　　　　７階建 | | | | | | | 敷地面積  　　　　　　５５３．３３㎡  　　　　　　　　　　のうち | | | |
| （診療所部分）１階　151.11㎡　２階　111.11㎡　　階　　　　㎡　合計　262.22㎡ | | | | | | | | | | |
| 階 | 用　途 | | 面　　積 | 構造概要 | | | | 設備、器具他 | | 備　考 |
| (小数１位まで) |
| １ | 診療室 | | 30.2㎡ | 床 長尺シート、  壁 ビニールクロス、  天井 化粧石膏ﾎﾞｰﾄﾞ張  窓 1.0㎡×４ | | | | （診療設備、衛生設備、消毒設備等を記入してください） | |  |
| １ | エックス線  　診療室 | | 10.5㎡ | 床 長尺シート、  壁 ビニールクロス、  天井 ビニールクロス | | | | Ｘ線単純撮影装置１台 | |  |
| １ | 待合室 | | 50.3㎡ | 床 フローリング、  壁 ビニールクロス、  天井 化粧石膏ﾎﾞｰﾄﾞ張  窓 1.2㎡×６  換気扇×１ | | | | （長椅子等を記入下さい） | |  |
| １ | 廊　下  （＊下記参照） | | 5.7㎡ | 床、壁、天井は同上、  窓 無し、  幅 1.2ｍ、片側手すり | | | |  | |  |
| １ | 階　段  （＊下記参照） | | 6.8㎡ | 床、壁、天井は同上、  窓 0.2㎡、  階段幅1.2ｍ、  踊場幅1.2ｍ、  両側手すり、  蹴上 18cm、踏面 25cm | | | |  | |  |
| ２ | ○○○ | | ……㎡ |  | | | |  | |  |
| 1. 造設備上の参考事項   ３～７階は住居のため、診療所に含まない。 | | | | | | | | | | | |

＊廊下・階段の幅は、手すり部分を除いてください。

＊階段の面積は、例えば１階平面図で階段部分になっている部分が１階の階段面積、

　２階平面図で階段部分になっている部分が２階の階段面積になります。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入　　　院　　　施　　　設 | 階別 | 室番号 | 床面積（内法） | 採光面積 | 開放面積 | 定員 | 備　考 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 合計 |  |  | (床面積の  ７分の１以上) | (床面積の  20分の１以上) |  |  |
| 廊下階 　　廊下の巾（両側に居室がある廊下） 手すり　　廊下の巾（以外の廊下） 手すり  　　　F　　　　　　　　　　　ｍ　　両・片　　　　　　　　ｍ　　　両・片  　　　F　　　　　　　　　　　ｍ　　両・片　　　　　　　　ｍ　　　両・片  　　　F　　　　　　　　　　　ｍ　　両・片　　　　　　　　ｍ　　　両・片  　階段　　　階段数　　階段の巾　　踊り場の巾　　蹴　上　　踏　面　　手すり  　F～　F　　　　段　　　　　ｍ　　　　　ｍ　　　　cm　　　　cm　　両・片  　F～　F　　　　段　　　　　ｍ　　　　　ｍ　　　　cm　　　　cm　　両・片 | | | | | | |