

様式第3号の2 (第2条関係)

診療所病床設置許可申請書															
岩手県知事 様		申請年月日				年 月 日									
		開設者住所 (法人であるときは、主たる事務所の所在地)													
		開設者氏名 (法人であるときは、名称並びに代表者の職名及び氏名)													
診療所の名称															
診療所の所在地															
管理者の氏名															
従業者の定員 (非常勤者数は、() に外書きすること。)															
医師	歯科医師	薬剤師	診療エックス線技師	診療放射線技師	臨床検査技師	看護師	准看護師	看護補助者	助産師	歯科衛生士	栄養士	ケースワーカー	事務員	その他	計
人 ()	人 ()	人 ()	人 ()	人 ()	人 ()	人 ()	人 ()	人 ()	人 ()	人 ()	人 ()	人 ()	人 ()	人 ()	人 ()
病床設置予定年月日		年 月 日													
病床の種別ごとの病棟名、病室名及び病床数		病棟名、病室名及び病床数		病棟名	病室名	病床数									
		病床の種別		一般			床								
				療養			床								
							床								
				計			床								
医療法第21条第2項第2号及び第3号までに掲げる施設並びに医療法施行規則第21条の4第1項に掲げる施設の構造設備の概要 (療養病床を有する診療所のみ)															
施設名		構造				設備内容									
機能訓練室															
談話室															
食堂															
浴室															

注 次の書類及び図面を添付すること。

- (1) 開設者が法人であるときは、定款、寄附行為又は条例
- (2) 建物の平面図 (各室の用途を示し、療養病室及びその利用に係る施設 (廊下、機能訓練室、談話室、食堂及び浴室)、精神病室、感染症病室又は結核病室があるときは、これを明示すること。)