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

	病棟名、病室名及び病床数／病床の種別	病棟名	病室名	病床数
病床の種別ごとの病棟名、病室名及び病床数	一般			床
				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。）