

診療所療養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	衛生検査技師	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	事務員	その他	計
人 ()	人 ()	人 ()	人 ()	人 ()	人 ()	人 ()	人 ()	人 ()	人 ()	人 ()	人 ()	人 ()	人 ()	人 ()	人 ()
療養病床設置予定 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 病床の種別		病棟名		病室名		病床数						
			一 般						床						
									床						
			療 養						床						
									床						
			精 神						床						
									床						
			感 染						床						
									床						
			結 核						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															
施設名		構 造		設 備 内 容		施設名		構 造		設 備 内 容					
機能訓練室						食 堂									
談 話 室						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。）